

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 436

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE LA VERGE
ET SES RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CULTY

Né le 25 Octobre 1883, à Taillignan (Drôme).
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.

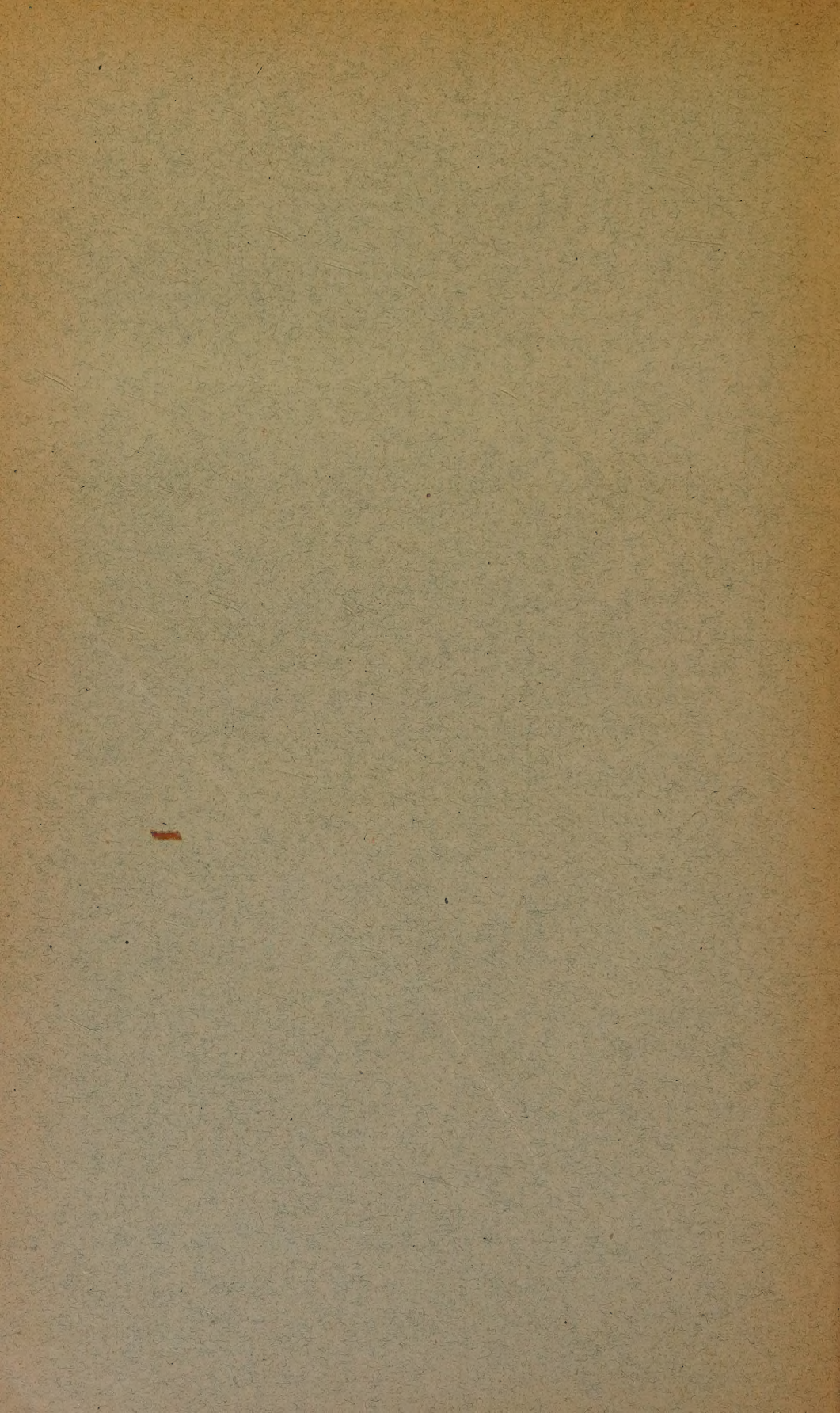


LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 136

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE LA VERGE
ET SES RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

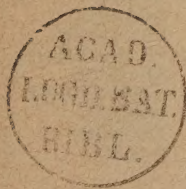
Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CULTY

Né le 25 Octobre 1883, à Taulignan (Drôme),
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUCHEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		TRIPPIER
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	ag.
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, *Président*; TIXIER, *Assesseur*;
MM. PATEL et CAVAILLON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT :

Semestre 1903-1904

A la mémoire de M. le D^r RABOT, médecin de la Charité.

Semestre 1904

M. le Professeur JABOULAY, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Semestre 1905-1906

M. le Professeur agrégé TIXIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Semestre 1906

M. le Professeur agrégé DURAND, chirurgien de Saint-Pothin.

Semestre 1906-1907

M. le Professeur PIC, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

Semestre 1907

M. le D^r MOUISSET, médecin de l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer dernièrement dans la clinique du professeur Jaboulay un malade opéré d'émascation totale, il y a deux ans et demi, pour un cancer de la verge, actuellement avec résultats opératoires et fonctionnels excellents. C'est à cette occasion que ce sujet nous a été proposé.

Nous nous limiterons strictement au traitement chirurgical et aux résultats des différentes méthodes. Après quelques lignes sur l'historique du traitement chirurgical, nous décrirons rapidement les différents procédés opératoires. Dans un troisième chapitre, nous réunirons tous les résultats immédiats et éloignés que nous avons pu trouver, surtout ceux de nos observations. Nous terminerons par quelques considérations sur la valeur comparée des différentes méthodes et sur leurs indications respectives. Les observations viendront enfin en dernier lieu.

Nous adresserons l'hommage de notre profonde

reconnaissance à M. le professeur agrégé Cavaillon, à qui revient l'idée directrice de ce travail.

Nous avons passé six mois, qui comptent parmi les meilleurs de notre externat, dans la clinique de M. le professeur Jaboulay ; aussi, c'est à lui que nous nous sommes adressé pour la présidence de notre thèse. Nous lui témoignons notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en l'acceptant.

Tous nos remerciements à MM. les Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Pothin et de Saint-Joseph qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations et nous permettre de les publier.

Nous adressons toute notre sympathie aux D^{rs} Violet et Montagard, ex-internes des hôpitaux, qui furent nos premiers maîtres ; au D^r Petitjean, interne des hôpitaux, aux côtés duquel nous avons passé une année entière.

M. A. Chalier, interne des hôpitaux, nous a dirigé et secondé dans la rédaction de ce travail ; qu'il reçoive nos meilleurs remerciements.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE LA VERGE
ET SES RÉSULTATS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical du cancer de la verge paraît être connu depuis assez longtemps. Au xvi^e siècle, Fabrice d'Aquapendente et Ambroise Paré semblent avoir pratiqué des amputations de la verge. — Au début du xvii^e siècle, c'est Guillaume de Hilden qui débarrasse un de ses malades d'un énorme fungus chancreux ; il fait ressortir le danger qu'il y a à faire la section du pénis. A peu près à la même époque, Scultet rapporte une amputation pratiquée par un chirurgien de Florence au moyen de l'instrument tranchant ; lui-même, en 1635, fait une opération de ce genre. En 1670, deux observations de Bartholin sont relatées dans le recueil publié par le chirurgien Deboze. En Allemagne, ce fut Doebel qui importa l'amputation du pénis au couteau, vers la fin du xvii^e siècle.

Jusqu'alors les amputations avaient été pratiquées

au bistouri. La crainte des hémorragies fit découvrir à Ruysch le procédé de la ligature ; il la pratiqua lui-même et fit paraître une relation de l'opération en 1691. Cette méthode fut adoptée par tous les grands chirurgiens ; elle devait rester longtemps classique. Heister se fit le défenseur de la ligature dans ses *Institutiones chirurgicæ*, en 1750, et la mit souvent en pratique. Pasquali et Philippe del Riccio, deux chirurgiens de Florence, emploient, au moins dans une circonstance, la ligature. Vogel, Boennuk, Bertrandi, Bouisson, Grœfe l'emploient couramment. La ligature resta en faveur pendant environ cent ans. Vers la fin du XVIII^e siècle, elle commença à perdre du terrain, et les dernières relations de ligatures datent de 1828 ; elles furent faites par Grœfe et Binet (*Revue médicale*, 1828).

La réhabilitation de l'amputation de la verge au bistouri fut tentée par Ledran, en 1730. Cet ancien procédé ne fut repris qu'avec timidité. L'hémorragie, dont les dangers étaient volontiers exagérés par les partisans de la ligature, était le principal obstacle à la dissémination de la méthode sanglante. Ainsi Warner n'essaye l'amputation qu'après avoir placé un tourniquet à la racine de la verge ; Pallucci propose la compression des artères sur les branches du pubis.

A la fin du XVIII^e siècle, apparaissent les travaux de Hey, en Angleterre, avec douze observations, et de Boyer, en France, sur le manuel opératoire de l'amputation. Ils consacrent définitivement l'emploi du bistouri dans le traitement du cancer de la verge. Depuis le début du XIX^e siècle, c'est à peu près la seule méthode en usage.

Cependant, d'autres procédés étaient proposés. Ainsi Sabatier indiquait la cautérisation à l'acide muriatique, Bonnet, de Lyon, la cautérisation avec la pâte caustique de Vienne et le chlorure de zinc. Mais c'est surtout le thermocautère qu'a préconisé et employé le professeur lyonnais. Paul Herrier, un de ses internes, publie les résultats obtenus dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1849. Philippeaux, dans son *Traité pratique de cautérisation*, décrit en détail ce procédé. — Chassaignac imagina l'écrasement linéaire et inventa, à cet effet, un écraseur spécial. Il fut beaucoup employé, en particulier par les chirurgiens allemands.

C'est Middeldorpf, qui, le premier, recommande, en 1854, l'amputation avec le couteau du galvanocautère. Bardeleben est le premier à l'employer, en 1855. Longtemps après, seulement vers 1869, Sédillot importe cette méthode en France. Elle est souvent pratiquée dans la suite, en particulier par Amussat, Kaufmann, Velpeau, Chassaignac, Kocher, Bachel, Trélat, Morel-Lavallée et Ollier. Un de ses derniers défenseurs est S. Martin, thèse de 1876. Les avantages de la galvanocautérisation se confondent avec ceux de la thermocautérisation ; d'après les auteurs qui ont employé ces procédés, ces avantages sont les suivants : pas de perte de sang au moment de l'opération, pas de fièvre ni d'hémorragies consécutives, pas de rétrécissement de l'urètre ni de rétention d'urine, enfin pas de pyohémie. Si le danger de la pyohémie et des fortes hémorragies paraît écarté, pour certains chirurgiens le rétrécissement consécutif

de l'urètre se montre aussi bien que dans les autres méthodes.

En dehors de ces procédés relativement peu employés ou même totalement délaissés, c'est l'amputation à l'aide d'instruments tranchants qui domine. Mais, jusqu'en 1830, on s'était borné à la simple amputation. Demarquay, Guyon pratiquaient l'amputation partielle de la verge et exposaient leur méthode qui fut reprise et perfectionnée par Assaky.

Delpech, en 1832, faisait l'amputation totale, au ras du pubis; il incisait ensuite le scrotum sur la ligne médiane, formait comme une poche latérale pour chaque testicule, amenait l'urètre à la partie la plus déclive de la fente médio-scrotale. Il voulait rendre ainsi la miction plus facile et empêcher l'érythème produit par l'urine. Lallemand, en 1844, et Roux (de Toulon), en 1857, pratiquaient les premiers cette opération, à sa suite.

Bouisson, de Montpellier, dans le but d'éviter la rétraction cicatricielle de l'urètre et son rétrécissement, suture, en 1858 et 1860, la muqueuse de l'urètre à la peau et obtient de bons résultats. Cette méthode est appliquée à l'amputation partielle simple, soit combinée à la méthode de Delpech.

En Allemagne, Wedemeyer et Thiersch font des amputations totales de la verge et modifient de la même façon le procédé.

L'extirpation totale de la verge, avec ablation complète des corps caverneux, est pratiquée par Cabadé (de Valence-d'Agén), en 1873. Cette opération est perfectionnée par Pearce Gould qui combine le procédé

de Cabadé à la méthode Delpech-Bouisson pour un cas publié dans *The Lancet* (1882).

Harrisson, Horteloup et Montaz (de Grenoble), vers 1886, ont l'idée de créer dans la région bulbaire de l'urètre, en arrière de la cicatrice opératoire, une ouverture, évitant ainsi à la plaie d'être souillée par l'urine. A côté de ces méthodes qui font l'ablation partielle ou totale du pénis, qui isolent les testicules dans deux poches séparées, qui créent un méat artificiel ou l'aboutissent au périnée, s'en place une bien plus radicale : l'émascation totale.

L'émascation totale est de date relativement récente, Moussaron et Carbonell, dans leurs thèses, Chalot en attribuent la paternité à Paci. Pantaloni (de Marseille), au cours de ses recherches, a trouvé que la première émascation totale pour cancer de la verge avait été pratiquée par Annandale (d'Edimbourg), le 15 octobre 1873, tandis que celle de Paci date du 3 décembre 1877. Morisani fait une émascation totale en 1884; il en fera une autre plus tard, en 1892. Le professeur Rubio, de Madrid, opère six cas d'émascation de 1884 à 1894.

En 1886, Jackson Vincent (de Londres) et Mercanton (de Lausanne) pratiquent chacun une émascation et en publient les bons résultats.

En 1887, Péan fait une opération se rapprochant de l'émascation totale, mais ce n'est guère qu'une amputation totale avec castration unilatérale; elle est pratiquée, d'ailleurs, au thermocautère. A part ce cas, rien encore n'avait été tenté en France qui ressemblât à l'émascation totale. Ce fut le professeur Chalot (de

Toulouse) qui fit les premières émasculations le 11 avril 1892 et le 11 janvier 1894. Albarran, Tédérat, Bazy, en 1894, font la même opération. Pétouraud publie en 1895 un cas opéré par Etienne Rollet. Legueu la même année, Forgue en 1896, Girard en 1897, rapportent chacun un cas. A cette époque, vers 1898, Chalot, qui a donné à cette opération le nom d'émasculat[i]on totale et qui la décrit parfaitement dans son *Traité de chirurgie et de médecine opératoire*, dit qu'on n'en connaît que neuf cas. Pantaloni publie dans les *Archives provinciales de chirurgie* de 1898, trois cas opérés par lui. Saling, dans sa thèse qui date de 1898, rapporte deux cas d'émasculations pratiquées par le professeur Helferich à la Clinique chirurgicale de Greifswald. Jonnesco de Bucarest, en 1901, cite trois cas d'émasculat[i]on.

Dans un cas, il a fait précéder l'émasculat[i]on d'une laparatomie pour l'évidement du pelvis et l'ablation des ganglions iliaques. — En 1900, Chalot annonce 12 cas connus. Serra, thèse de 1903, réunit une vingtaine d'observations.

Depuis, l'émasculat[i]on totale a été pratiquée un certain nombre de fois; elle est cependant relativement peu fréquente. Nous citerons les 8 cas réunis, en 1903, par le professeur Englisch, de Vienne, les observations de Bichat, en 1904, de Riche, de Rivet, en 1905. Enfin, nous apporterons nos 3 cas d'émasculat[i]on totale opérés à Lyon : l'un par le Dr Vallas, fin 1902; l'autre par le professeur Jaboulay, en 1906; le troisième par le Dr Durand, en mai 1908.

CHAPITRE II

LES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Nous passerons complètement sous silence divers traitements peu chirurgicaux, utilisés autrefois pour le cancer de la verge, tels que la ligature, l'écrasement, la thermocautérisation, la galvanocautérisation, etc... Ce sont là des méthodes actuellement complètement délaissées. Seule la *Radiothérapie* mérite une mention spéciale pour les épithéliomas à prédominance cutanée ou pour les épithéliomas de date ancienne et inopérables, mais notre intention ici est de nous occuper uniquement du traitement chirurgical.

L'ablation du cancer de la verge nécessite des opérations plus ou moins larges, suivant l'étendue de la tumeur et suivant la conception que le chirurgien se fait des cancers en général et du cancer de la verge en particulier.

On peut ramener à trois grands procédés les méthodes d'ablation du néoplasme du pénis :

- 1° Ablation partielle ;
- 2° Amputation totale avec ou sans extirpation des corps caverneux ;
- 3° Emasculation totale.

1° Ablation partielle.

A. *Circoncision*. — Dans des cas très rares de cancers limités au prépuce, certains auteurs (Hamon, Auvray et Pascal) se sont contentés d'une simple circoncision ou d'une ablation un peu plus étendue du seul fourreau de la verge. Il nous semble cependant que cette opération soit par trop incomplète.

B. *Ablation partielle*. — S'ils s'agit de cancers occupant une région très limitée du gland, on peut se borner à une extirpation partielle du gland avec ou sans réfection du méat, suivant le siège du néoplasme. (Cas de Lecène, de Morestin, de Halliontzis.)

Mais, en règle générale, dans les tumeurs même peu étendues, on pratique l'amputation partielle de la verge vers la partie moyenne.

Dans ce cas l'opération se fait de la façon suivante. Nous empruntons la plus grande partie de la description de cette technique opératoire à l'excellent ouvrage de Chalot.

L'anesthésie locale pourrait suffire, mais nous donnons la préférence à l'anesthésie générale. L'hémostase préventive est souvent faite au moyen d'un tube de caoutchouc appliqué autour de la racine de la verge, mais la compression de la racine du pénis par un aide, soit contre l'arcade pubienne, soit entre les doigts refermés suffit largement à cette hémostase. L'amputation se fait au moyen d'une incision circulaire ; celle-ci comprend d'abord uniquement le fourreau de la verge.

La section perpendiculaire des corps caverneux et de

l'urètre se fait d'un seul coup, de haut en bas, au ras du fourreau rétracté. L'hémostase définitive s'obtient par la ligature des quatre artères : les deux dorsales et les deux caverneuses. L'hémorragie s'arrête souvent par la simple suture caverno-caverneuse ou cutanéocaverneuse. Mais il reste à s'occuper de l'urètre. Pour éviter en effet le rétrécissement cicatriciel du nouveau méat, on incise au moyen de ciseaux introduits dans la lumière urétrale, toujours aisément reconnaissable, la paroi inférieure du canal et la peau correspondante sur une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. On fixe alors, au moyen de points séparés de catgut, la muqueuse urétrale à la peau du voisinage, sur toute la conférence du conduit.

On termine l'opération le plus souvent par la mise en place d'une sonde à demeure et par l'application d'un pansement destiné à la fois à éviter l'infection et à maintenir la sonde. Celle-ci sera enlevée au bout de quelques jours. La guérison sera complète, sauf incidents ordinairement évitables, en dix ou douze jours.

2° Amputation totale.

Cette opération qui consiste à supprimer radicalement la verge, comprend à son tour deux variétés, suivant qu'on se contente d'amputer l'organe à la racine même, sur le pubis, ou qu'au contraire on y joint l'extirpation des corps caverneux.

A. Amputation prépubienne. — Cette opération se fait, à peu de chose près, comme l'amputation partielle que nous venons de décrire. Elle en diffère seulement

sur un point, à savoir la conduite à tenir vis-à-vis de l'urèthre. A ce point de vue, différents procédés ont été décrits par Delpech, Bouisson, Thiersch etc., mais le principe en est le même, il consiste à fendre les bourses sur la ligne médiane avant ou après l'amputation et à implanter le nouveau méat immédiatement en arrière des bourses suturées entre elles, de façon à former deux poches distinctes et à soustraire, autant que possible, le scrotum au contact de l'urine pendant la miction.

Chalot a vu cependant deux malades qui avaient subi un amputation totale de la verge et dont le méat s'ouvrait sous le pubis, au-dessus du scrotum, sans qu'il en soit résulté pour cela une inflammation quelconque des bourses.

Au lieu de pratiquer la *transplantation périnéale* de l'urètre, suivant la méthode de Thiersch, on peut, avec Montaz, créer un méat au périnée sans déplacer l'urètre (*urétrostomie périnéale*). L'opération consiste alors à introduire dans l'urètre, après l'amputation prépubienne, une sonde cannelée droite s'arrêtant à la région bulbaire et sur le bec saillant de laquelle on incise la paroi inférieure de l'urètre bulbaire par le périnée. On produit ainsi une brèche d'environ 2 ou 3 millimètres à travers laquelle on attire la muqueuse urétrale que l'on fixe circulairement à la peau au moyen de quelques catguts ou crins de Florence. On termine par une sonde à demeure passant par le méat périnéal.

B. *Extirpation complète de la verge* (corps caverneux compris). — Cette opération, connue sous le nom

d'opération de Pearce Gould, se pratique de la façon suivante :

Le sujet est mis dans la position de la taille. La peau est sectionnée sur toute la longueur du raphé scrotal de façon à séparer complètement les deux bourses et à atteindre le corps spongieux. On passe un cathéter plein dans l'urètre jusqu'au ligament sous-pubien et on engage un bistouri transversalement entre les corps caverneux et le corps spongieux. Le cathéter retiré, on sectionne l'urètre en travers, puis on détache son extrémité profonde d'avec le pénis jusqu'en arrière du ligament triangulaire. On cerne l'insertion du pénis par une incision qui se continue en arrière avec l'incision médiane précédente. On divise le ligament suspenseur et on isole la verge jusqu'à l'attache des racines caverneuses que l'on sépare des branches ischio-pubiennes au moyen de la rugine. On lie ensuite les deux artères caverneuses et les deux artères dorsales. Dans un second temps, on fend le moignon urétral en arrière, sur une hauteur de un centimètre et demi, et on suture les lèvres de la fissure à la partie postérieure de l'incision scrotale. L'emploi de la sonde à demeure est facultatif.

3° Emasculation totale.

L'émasculatation totale est une extirpation en masse des organes génitaux externes (verge et testicules), y compris le scrotum et les corps caverneux.

Sans nous occuper ici des procédés plus ou moins anciens : le procédé égyptien, le procédé chinois, les

procédés d'Annandale, de Paci, de Jackson, de Morisani, de Mercanton, de Rubio, etc., nous décrirons surtout le procédé classique de Chalot. Il comprend quatre temps principaux :

PREMIER TEMPS : *Section des cordons spermatiques et ligature isolée de leurs vaisseaux.* — Par une incision verticale commençant à un travers de doigt au-dessus de l'orifice inguinal superficiel, on découvre, puis on isole les cordons spermatiques ; on place alors sur eux, le plus haut possible, une pince à forcipressure et on les sectionne, d'un coup de ciseaux, à 1 ou 2 centimètres au-dessous de la pince. On lie sur la tranche de section chaque vaisseau pris séparément et, quand l'hémostase est faite, on relâche la pince ; le moignon du cordon se rétracte et disparaît dans les canaux inguinaux.

DEUXIÈME TEMPS : *Ablation en bloc des bourses et de la verge.* — Le malade est placé dans la position de la taille périnéale, les cuisses écartées et fléchies. Partant de l'incision gauche, le bistouri contourne la racine de la bourse gauche et arrive sur le raphé périnéo-scrotal à 3 centimètres en avant de l'anus. La même incision est faite à droite, de façon que les deux incisions se rejoignent sur le raphé médian. L'hémostase étant rapidement faite, on réunit par une incision, légèrement concave en bas, l'extrémité supérieure des deux incisions latérales. On détache aux ciseaux le ligament suspenseur de la verge, puis cet organe lui-même, au-devant de l'arcade pubienne. On voit alors

saigner les artères dorsales et cavernueuses que l'on pince et qu'on lie immédiatement.

TROISIÈME TEMPS : *Dissection des racines des corps cavernueux et suture de la coupe urétrale au périnée.*

— L'urètre est reconnu à sa dépression infundibuliforme, rosée et à son contour froncé. On y introduit un cathéter et on le sépare d'avec les corps cavernueux, de façon à dégager complètement les racines de ces corps cavernueux. Celles-ci, à leur tour, sont séparées dans toute leur longueur d'avec les branches ischio-pubiennes, en rasant le plan osseux. Il redevient nécessaire de pincer et de lier les deux artères cavernueuses et la veine dorsale profonde de la verge. L'orifice urétral est alors suturé à la peau du périnée dans l'angle postérieur de l'incision du raphé. Cette suture arrête immédiatement l'hémorragie du corps spongieux.

QUATRIÈME TEMPS : *Evidement ganglionnaire des deux aines et suture de toute la plaie sans drainage.*

— Le malade étant remis dans l'extension, l'opérateur prolonge un peu en dehors les incisions préfuniculaires, dissèque les téguments de haut en bas, vers la base du triangle de Scarpa, et extirpe tous les ganglions inguinaux suspects. La plaie totale est suturée, de façon à reproduire, dans son ensemble, un T dont la branche verticale doit être suturée jusqu'au voisinage du méat périnéal.

Si l'hémostase et l'asepsie ont été bien faites, on peut se passer de tout drainage et terminer par la mise en place d'une sonde à demeure et d'un pansement.

Quelques modifications ont été apportées par plusieurs chirurgiens au procédé de Chalot. Les unes portent sur la forme de l'incision, qui est différente (incisions d'Albarran et Helferich, constituées par deux V se regardant par leur partie ouverte), les autres sur l'endroit où est suturé l'urètre. C'est ainsi que Tédénat abouche l'urètre, non pas au raphé périnéal, mais au voisinage de la symphyse pubienne. D'autres auteurs ne font pas le curage des ganglions (Bazy et Courcy, Forgeue) ; nous aurons l'occasion de revenir sur cette question. D'autres, enfin, ont modifié heureusement le procédé de Chalot en incisant la face inférieure de l'urètre, avant de le suturer au périnée, de façon à obtenir un méat large et à en éviter le rétrécissement possible. L'opérateur est encore souvent obligé de se laisser guider par l'étendue du mal. Si la peau est ulcérée, il accommodera son incision à la perte de substance, il conservera dans quelques cas une partie de la peau du scrotum pour recouvrir la plaie (cas de Vallas, de Durand). Si le cancer a creusé en profondeur, il en sera réduit quelquefois à ruginer le pubis ou à en faire une ablation partielle.

L'ablation des ganglions.

A côté de ces trois méthodes opératoires utilisées dans le traitement du cancer de la verge, nous n'aurions garde de passer sous silence l'*ablation des ganglions inguinaux*, qui n'est que le complément ordinaire de chacun de ces procédés, aussi bien de l'ampu-

tation partielle que de l'amputation totale et de l'émas-
culation.

La technique est simple ; elle a d'ailleurs été déjà
décrite avec l'émasculatation totale. Dans les amputa-
tions partielles et totales on fait, suivant les plis
inguinaux, deux incisions, longues de 8 à 10 centi-
mètres, séparés par la racine de la verge, qui donnent
accès sur les ganglions. Ordinairement les chirurgiens
font l'ablation des ganglions inguinaux avant l'ampu-
tation.

Dans quelques cas, ceux-ci sont tellement adhérents
au paquet vasculo-nerveux de la racine de la cuisse,
qu'on a vu la veine fémorale être blessée au cours des
manœuvres (cas de Vallas) ; dans un cas de Morestin,
ce fut la veine iliaque externe. A l'extirpation des
ganglions inguinaux on a joint celle des ganglions
iliaques externes, l'ablation totale de la chaîne lym-
phatico - ganglionnaire de la verge et des aînes
(Albertin).

Jonnesco recommande de faire, après laparatomie
l'évidement du pelvis en ganglions, en plus de l'évi-
dement inguinal. C'est là peut-être aller bien loin,
d'autant que dans ces cas le chirurgien reste toujours
en retard sur le cancer. Mais, en dehors des formes où
l'invasion des ganglions abdominaux, surtout des gan-
glions pré-aortiques, contre-indique une thérapeutique
radicale, le curage des aînes doit être pratiqué d'une
façon aussi systématique et aussi complète dans l'épi-
thélioma du pénis qu'on évide l'aisselle dans les extir-
pations de cancers du sein.

CHAPITRE III

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

A. — Résultats immédiats.

D'une façon générale, l'ablation de la verge cancéreuse par un quelconque des procédés décrits plus haut s'accompagne d'une guérison opératoire rapide, à condition qu'au cours de l'intervention on ait fait soigneusement l'hémostase et observé rigoureusement les règles de l'asepsie. Il faut y joindre aussi certains soins post-opératoires dont les plus importants concernent la sonde à demeure.

Nous avons vu en effet que, dans la plupart des cas, les chirurgiens terminent l'opération par la mise en place d'une sonde à demeure. Celle-ci doit être surveillée attentivement, elle doit être reliée, au moyen d'un long tube de caoutchouc stérilisé, avec un récipient renfermant un liquide antiseptique : sublimé, eau phéniquée, etc. On devra éviter l'infection et l'incrustation de la sonde qui peuvent être l'origine de complications parfois très graves. La sonde à demeure sera laissée en place environ huit jours. Mais la guérison opératoire n'est pas toujours de règle. La mort

peut être la conséquence de complications plus ou moins précoces.

1° MORTS OPÉRATOIRES. — Sur les 104 cas que nous avons réunis, nous trouvons 5 morts :

a) Obs. LXXXIV. — Malade mort dix jours après l'opération (amputation partielle) de *Pneumonie*.

b) Obs. XCI. — Malade mort d'*affection intercurrente* trois jours après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire quinze à vingt jours après son opération. (Amputation partielle.)

c) Obs. LXXXV. — Mort d'*infection* huit jours après l'opération (amputation partielle); la plaie prend mauvais aspect, suppure, il se produit une hémorragie légère, un peu de crépitation autour de la plaie.

d) Obs. XXXVII. — Malade à qui on a fait une amputation totale. Mort trente-sept jours après l'opération d'*accidents broncho-pulmonaires*, ayant en même temps une *Phlegmasia alba dolens*.

e) Obs. XXXIX. — Malade mort vingt jours après l'opération (émasculation totale) d'*Inanition*.

A ces observations, nous ajouterons quelques cas étrangers : 3 cas de mort à la suite du *Tétanos* : 1 de Petit-Rodel, 1 de Zwickl, 1 rapporté par Englisch. — 1 cas de mort par *Phlegmon* (Mayon), plus 1 cas semblable rapporté par Englisch. — 3 morts par *Pyohémie* ou *Erysipèle*. — 1 mort de *Péritonite*. — 1 de *Pleuro-pneumonie*. — 3 de *Cachexie* et 2 d'*Inanition*, tous indiqués par Englisch.

En dehors des 5 cas signalés, tous les opérés dont nous avons réuni les observations ont guéri en un délai

variant entre huit jours et deux mois au maximum. Ils ont guéri, les uns rapidement, sans accidents, d'autres plus lentement ayant eu à subir des complications ; les premiers constitueront nos guérisons simples, les seconds nos guérisons compliquées.

2° GUÉRISONS. — a) *Guérisons simples* : Elles se voient dans la grande majorité des cas. La guérison complète est obtenue en quinze jours.

b) *Guérisons compliquées* : La guérison peut être entravée et retardée surtout par des complications infectieuses.

Ces complications peuvent être *locales*, telles que :

1° La *suppuration* (obs. XV, XVI, XXXIV, XXXVII, XL, XLII. — Légère : LXXXIII, XCVII, CIII, CIV). Schmals, Michaëlis, Boone, Gould, en citent des cas.

2° Les *hémorragies secondaires* (obs. LXXXIII) : Velpeau, Hey, Thaut, Czerny, Demarquay, Tyrrel, Bloxam, Langenbeck.

3° L'*érysipèle* : Roux, Demarquay, Dupuytren, Velpeau, Bourdon, Wedemeyer, Hofmohl, Bardeleben.

4° Le *phlegmon* : Moulmy, Ziekiewicz, Schöls.

5° La *gangrène* : Roux (après infiltration d'urine), Moulinier, Demarquay (2 cas après infiltration d'urine), Weiss, Englisch, Middeldorff, Helferich.

6° La *phlébite* (obs. XXXVII).

7° L'*orchite double* (obs. VI).

Il peut se produire des complications infectieuses *générales* :

1° La *pyohémie* : 17 cas dans la statistique d'Englisch, 1 cas de Desgranges, 1 cas de Demarquay.

2° La *pneumonie* : Billroth, Bruns, amenant quelquefois la mort.

3° Des *accidents broncho-pulmonaires*.

Enfin, il est des complications *non infectieuses* :

1° L'*intoxication iodoformée* par le pansement (obs. XLVIII).

2° L'*infiltration d'urine* ; Bruns, Demarquay.

3° La *polyurie* : Englisch.

4° De la *gêne par défaut de circulation dans la jambe droite* par suite de la blessure de la veine iliaque externe pendant l'opération (obs. XXXVI).

5° De l'*œdème de la cuisse droite* (obs. XXXIX), des deux membres inférieurs (obs. CIV).

Il résulte de l'énumération même des causes de la mortalité opératoire dans le cancer du pénis que la mort est le fait le plus souvent de complications évitables : en effet, elles sont dues à l'infection, à quelque faute commise pendant l'opération ou dans les pansements (infection, intoxication iodoformée, etc.).

Il en est cependant, comme les complications pulmonaires, contre lesquelles on ne peut parfois rien, car elles sont plus ou moins provoquées par l'anesthésie générale et par le décubitus dorsal chez des malades âgés, affaiblis ou cachectiques. C'est chez de tels malades qu'il faudrait se contenter d'une anesthésie locale et éviter le shock produit par une hémorragie même peu considérable.

B. — Résultats éloignés.

Les résultats éloignés de l'ablation du cancer de la verge sont loin d'être consignés dans toutes les observations publiées. Néanmoins, nous avons trouvé dans les auteurs un certain nombre de statistiques à ce sujet; nous allons les indiquer ici, à titre de documents, avant de donner le bilan des observations étrangères ou lyonnaises que nous avons recueillies.

Nous envisagerons successivement :

1° Les résultats éloignés en ce qui concerne l'ablation du cancer lui-même.

Y a-t-il eu guérison complète? Y a-t-il eu récurrence et au bout de combien de temps? Y a-t-il eu généralisation? Quelle a été la survie et de quoi sont morts les anciens opérés?

2° L'état des fonctions urinaires et génitales des malades opérés.

3° Leur état général et leur état mental.

I. — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer pénien.

1° RÉSULTATS DES STATISTIQUES. — Fabrice de Hilden (thèse de Ducos, Lyon, 1904) cite un cas d'ablation de cancer de la verge où la survie fut de dix ans. La mort fut le fait d'une affection intercurrente.

Billroth (thèse de Martin, Paris, 1887) cite des cas de survie de 1, 2, 5 et 7 ans. Martin ajoute sa statistique de 14 cas avec 11 guérisons et 3 récurrences avec mort.

Pitha (thèse de Ducos) a observé 2 survies au bout de 9 ans et de 11 ans.

Demarquay (*Maladies chirurgicales du pénis*, Paris, 1877) a publié 134 observations : sur ce nombre, 98 opérés n'ont pas été revus et sont considérés comme guéris. Des 36 restants, 16 ont récidivé, moitié dans les ganglions, moitié dans le moignon ; 19 n'ont été suivis que quelques mois, 1 a présenté une survie de dix ans.

Horteloup, en 1887 (thèse Métreau, Bordeaux, 1899, a rapporté les résultats de 8 malades opérés personnellement et de 15 observations étrangères. Sur ce nombre de 23 opérés : 9 furent perdus de vue, 3 suivis seulement quelques mois, 9 eurent des récidives locales ou ganglionnaires, 1 fut trouvé sans récidive deux ans et demi après l'opération, 1 autre fut présenté à l'Académie de Médecine quatre ans après son opération, sans récidive.

Roché, dans sa thèse (Lille 1883), rapporte 2 cas : 1 suivi de mort, 1 avec survie après un an.

Virely (thèse de Paris, 1896) donne 4 cas avec 4 guérisons opératoires ; les malades ne furent pas suivis.

Thiersch (thèse de Schneider, Giessen, 1904), sur 8 opérés, obtient 3 guérisons sans récidive. Rose (id.), 3 guérisons durables sur 6 opérés.

Küttner (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1900, Bd 26, Heft 1), sur 37 opérés à la clinique de Tübingen, a 15 récidives, soit 40,54 pour 100 ; 22 malades, soit 59,46 pour 100, presque 60 pour 100, sont restés guéris. Sur ces 22, les uns sont morts après un inter-

valle post-opératoire d'au moins trois ans, mais sans récédive ; les autres étaient retrouvés vivants, sans récédive, au moins trois ans et demi après l'opération. Deux ont été suivis pendant vingt et vingt-neuf ans. Il est à remarquer que, sur ces 22 guérisons, 16 malades, c'est-à-dire 73 pour 100, n'avaient pas subi le curage des ganglions.

Winiwarter (thèse Schneider) rapporte 14 cas opérés par Billroth avec 3 guérisons complètes.

Wishare (*Journ. of ent. and genit. urin. dis.*, 1895, n° XII) cite 3 opérés avec 3 guérisons opératoires ; un de ces malades est encore en bonne santé quatre ans et demi après.

Desgranges (thèse de Julien, Paris, 1873), sur 21 amputations partielles a 19 guérisons opératoires, 1 douteux (sorti en mauvais état), 1 mort de pyohémie.

Lonmeau (*Gaz. hebd. des Soc. méd. de Bordeaux*, 1903) a un malade en bonne santé deux ans après l'amputation des 3/4 antérieurs de la verge.

En fait de généralisation, les cas notés sont peu nombreux ; on ne fait, le plus souvent, le diagnostic qu'à l'autopsie et les autopsies pour cancer de la verge sont rares. Ricord (*Bul. Soc. Anat.*, 1866, p. 320), en rapporte un cas avec invasion totale des 2 poumons. Demarquay, avant lui (*Bul. Soc. Anat.*, 1899, p. 99) avait relaté un cas semblable. Lebert (*in* thèse Métreau, 1899), cite 2 cas avec noyaux dans les poumons et le foie.

En résumé, nous voyons que les renseignements qui précèdent sont trop peu complets pour qu'on

puisse faire une statistique exacte. Il en ressort ce fait (à condition toutefois qu'il s'agisse véritablement de cancer du pénis, car l'examen histologique n'est pas toujours mentionné) que de longues survies et voire même des guérisons durables et définitives peuvent accompagner l'ablation de ces tumeurs. La seule statistique importante que nous ayons trouvée est celle d'Englisch (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1902).

Cet auteur a rassemblé 540 cas de cancers de la verge opérés par tous les procédés ; il a 465 résultats connus. Sur ces 540, nous ne retiendrons que les 287 opérés au bistouri ; 257 malades ont été amputés sans extirpation de ganglions : 192 partiellement, 57 totalement, 8 émasculés ; 30 seulement ont subi l'extirpation des ganglions avec l'amputation partielle pour 23 et l'amputation totale pour les 7 autres. Sur 257 malades amputés sans ablation de ganglions, 246 ont *guéri opératoirement* soit 94,94 pour 100, 11 sont *morts*, soit 4,29 pour 100, dans un court délai, de complications ; pour 30 les résultats éloignés donnent des *guérisons durables* variables entre deux mois (cas de Larrey) et vingt-un ans (cas de Bruns, de Goyrand) ; 26, soit 10,1 pour 100, ont présenté une *récidive locale* les uns quelques semaines seulement après l'opération, les autres ayant attendu jusqu'à un an et demi (cas de Cramer, de Bruns) après l'opération : 16 ont été de nouveau opérés, 10 sont restés sans opération ; ceux-ci sont morts à peu près certainement tous, tandis que sur les 16 réopérés on observe 2 morts seulement, les autres ont guéri et la guérison s'est maintenue, pour certains, au moins pendant trois ans et demi. La *réci-*

diverge ganglionnaire est survenue chez 19 malades, soit 7,4 pour 100, dans un temps variant entre trois mois et trois ans après l'opération ; 15 sont restés sans traitement, 4 ont été de nouveau opérés et ont guéri, tandis que les 15 non réopérés sont morts dans un délai variable. Chez 1 malade, il y a eu récurrence, mais le lieu de la récurrence est inconnu.

Les 30 malades qui ont été amputés avec ablation des ganglions ont donné les résultats suivants : 29 *guérisons*, soit 99,66 pour 100, 1 *mort*, soit 9,33 pour 100; 3 *récidives locales* après un mois, deux mois, un an et demi, soit 10 pour 100, ont été opérées et ont donné 1 mort après un an et demi et 2 guérisons durables; les *récidives ganglionnaires* se sont montrées dans 9 cas, soit 30 pour 100, tantôt de bonne heure, tantôt jusqu'à trois ans et demi après l'opération ; 5 malades ont été de nouveau opérés et 4 sont restés sans traitement, 3 des derniers sont morts et 1 a été perdu de vue, 4 ont guéri sur les 5 opérés et 1 est mort deux mois après l'opération.

Cette statistique nous montre que les guérisons dans les cas d'amputation avec ablation de ganglions) sont un peu plus nombreuses (de 2 pour 100) que dans les cas d'amputation sans ablation de ganglions. Les morts sont de 5 pour 100 inférieures dans ces derniers cas. Les récidives locales donnent le même pourcentage, tandis que les récidives ganglionnaires sont quatre fois plus fortes après ablation des ganglions.

La comparaison entre la méthode avec ablation des ganglions et la méthode sans ablation ne peut guère se faire d'après cette statistique. Le nombre des amputa-

tions avec ablation (30) est trop faible comparé à celui des amputations sans ablation ganglionnaire (257). Il est certain, d'autre part, que l'ablation ganglionnaire n'a été pratiquée que dans des cas très avancés où les ganglions étaient depuis longtemps envahis et débordés. C'est probablement là qu'il faut chercher la fréquence de la récurrence ganglionnaire quatre fois plus grande dans les amputations avec ablation des ganglions.

Voici maintenant ce qui ressort de nos observations :

2° RÉSULTATS DE NOS OBSERVATIONS. — Sur nos 104 observations nous en avons 40 avec résultats éloignés.

Parmi ces 40 malades, les uns n'ont été suivis que trop peu de temps pour entrer en ligne de compte. C'est ainsi que nous trouvons des malades bien portants un mois (obs. XXXII), trois mois (obs. XCIX), cinq mois (obs. XXI), après l'opération. Un autre est mort un mois et demi après d'affection intercurrente (obs. XXXIV).

La *récurrence*, quand elle se produit, est, en général, assez précoce ; elle arrive un mois (obs. XXXVI), un mois et demi (obs. VII), trois mois (obs. XII), trois mois et demi (obs. XXXV), six mois (obs. VI), après l'opération. Plus rarement, elle ne survient qu'au dixième mois (obs. LXXXVIII), ou à une date inconnue, mais inférieure à un an (obs. LXXXVIII). Dans l'observation V la date de la récurrence est totalement inconnue.

Cette récurrence a été ganglionnaire dans 5 cas : lors de l'opération, dans 2 de ces cas, on n'avait pas fait de curage des aines (obs. VI et LXXVIII) ; dans 2 autres,

on avait fait l'extirpation des ganglions d'un seul côté, le plus atteint (obs. XXXVI et VII); dans le cinquième, on avait fait un curage soigné des 2 aines (obs. XXXV). — La récurrence locale s'est montrée dans 2 cas (obs. XII et LXXXVIII). — Elle a été régionale dans 1 cas (obs. XLVI). — Enfin, dans le dernier, le lieu de la récurrence est inconnu (obs. V). — Quant à la généralisation, elle est observée assez tardivement : après plus de six mois (obs. XLIX) — après deux ans (obs. XXIX). — La récurrence s'est montrée donc chez 9 malades parmi lesquels 6 avaient subi une opération partielle, 2, une amputation totale et 1, une émasculatation totale. — Les 2 cas de généralisation sont survenus après une émasculatation totale et après une amputation totale.

D'un façon générale cependant, les malades retirent un certain bénéfice de l'opération, puisque l'on a pu noter des *survies* d'au moins neuf mois (obs. XXI) — dix mois (obs. XLVIII) — onze mois (obs. XL) — plus d'un an (obs. XLI) — un an et demi (obs. X) — deux ans (obs. XXIX et I) — deux ans et cinq mois (obs. CIII) — deux ans et huit mois (obs. XCIV) — trois ans et deux mois (obs. XCII) — trois ans et trois mois (obs. XC) — trois ans et demi (obs. XLIII, mort de pneumonie) — quatre ans (obs. LXXXVII) — quatre ans et un mois (obs. LXXXVI) — quatre ans et dix mois (obs. XLV) — cinq ans (obs. LXXXIII) — six ans (obs. XLVII) — dix ans (obs. LXXVII, mort d'affection intercurrente) — quinze ans (obs. XXVIII, mort sans récurrence). — Sur ces 19 survies de plus ou moins longue durée, nous comptons 10 amputations partielles, 1 amputation totale et 8 émasculations totales; nous

n'osons ajouter à ces dernières les 8 cas d'Englisch, mentionnés comme guérisons durables, n'ayant aucun détail sur ces observations.

De ces diverses considérations, il découle que les récidives sont plus fréquentes, ce qui paraît rationnel, après les amputations partielles (6 cas), surtout lorsque l'extirpation des ganglions n'a pas été faite ou a été faite d'un seul côté. Viennent ensuite, par ordre de fréquence : l'amputation totale avec deux cas et l'émasculation avec 1 seul. Comparons ces récidives au nombre de cas de chaque variété d'opération dont nous possédons les résultats éloignés, nous trouverons 6 récidives pour 17 amputations partielles, soit 35,29 pour 100, 2 récidives pour 7 amputations totales, soit 28,28 pour 100, enfin 1 récidive sur 10 émasculations, soit 10 pour 100. — Si nos 2 cas de généralisation se sont produits plutôt après amputation totale ou émasculation, cela tient probablement à ce que ces malades ont été vus et opérés trop tard. — Quant aux survies de quelque durée, ce sont les amputations partielles qui en donnent le plus grand nombre : 10 cas, puis les émasculations totales avec 8 cas, enfin, les amputations totales, 1 cas. Mais effectivement, c'est l'émasculation totale qui donne les plus beaux résultats avec 8 survies sur 10, soit 80 pour 100, puis vient l'amputation partielle avec 10 survies sur 17, soit 58,82 pour 100 enfin l'amputation totale avec 1 survie sur 7, soit 14,28 pour 100. A quoi attribuer cette faible proportion de survies dans les amputations totales ? Sommes-nous tombés sur une série malheureuse ? En effet, sur ces 7 cas, nous trouvons un malade mort d'affection

intercurrente peu après l'opération, 2 récidives mortelles, 1 généralisation ; enfin, pour les 2 autres cas, l'un n'a pas été suivi pendant assez longtemps, l'autre est de date relativement récente.

Il résulte, malgré tout, de ce qui précède que les survies sont d'autant plus longues et les récidives d'autant plus rares et plus tardives que l'opération pratiquée est plus étendue. Les meilleurs résultats sont donnés par l'émascation totale avec extirpation des groupes ganglionnaires inguinaux. Cette conclusion cadre donc avec tout ce que nous savons actuellement de la chirurgie des cancers.

II. — Etat des fonctions urinaires et génitales des malades opérés.

Quel est l'avenir des malades qui survivent au point de vue de l'état de leurs fonctions urinaires et génitales ?

Au point de vue *urinaire*, les complications infectieuses des premiers jours mises à part, on peut observer certains troubles dont les plus fréquents sont :

Le *rétrécissement du méat artificiel*, dont nous trouvons des exemples dans nos observations XXIX et XCIV.

La *rétraction, l'enfoncement du méat dans le moignon* (obs. C).

Le *prolapsus de la muqueuse urétrale* (obs. XL).

L'*infiltration d'urine*.

La *rétenion d'urine et l'infection urineuse* (obs. XXVIII).

La *pollakiurie diurne* et l'*incontinence nocturne* (obs. XLIII).

La *polyurie* (Englisch).

L'*érythème des cuisses* (obs. XLIV).

Certains malades sont obligés de s'accroupir pour uriner (obs. X et XLIV). Un autre dirige son jet avec « une cuiller en bois » (obs. XCIX).

Comme complication d'un autre genre, nous citerons l'*œdème éléphantiasique* du fourreau, du scrotum et de la jambe, observé chez le malade du numéro (XXI).

Au point de vue *sexuel*, il faut envisager diverses catégories de malades, suivant que l'on a pratiqué l'amputation partielle, totale ou l'émascation.

Les malades émasculés, pour la plupart, déjà âgés, voient disparaître au bout d'un temps qui varie entre deux et quatre mois tous les désirs génitaux. Ils accusent cependant, les premiers mois qui suivent l'opération, des rêves plus ou moins érotiques et des pollutions nocturnes (d'origine prostatovésiculaire) : malades de Chalot, (obs. XLIII et XLIV) — malade de Jaboulay (obs. CIII).

En ce qui concerne les malades privés complètement de leur verge, mais dont les testicules sont intacts, il persiste, plus que chez les premiers, des désirs vénériens et certainement des pollutions nocturnes (obs. XCIX).

Pour la troisième catégorie de malades, qui ont subi une amputation partielle, la plupart se plaignent assez peu de leur infirmité et se trouvent satisfaits au point de vue génital. Le malade de Fabrice de Hilden est très souvent porté aux plaisirs de l'amour ; celui de Robert

a des désirs vénériens, des érections, des éjaculations ; celui de Garnier est peu gêné. A ces 3 résultats consignés dans la thèse de Métreau (Bordeaux 1899), nous ajouterons quelques opinions de nos malades. Nous voyons que chez l'un l'érection et le coït sont possibles (obs. VIII) ; un autre dit qu'il a des rapports réguliers avec sa femme, que ses érections sont utilisables et qu'il éprouve, ou peut s'en faire, les mêmes plaisirs qu'auparavant (obs. XXI). Un troisième a les mêmes « facultés génitales » qu'avant (obs. XC) ; pour le malade de l'observation LXXXVII, les plaisirs sexuels « fonctionnent également. » Malgré son opération et ses soixante-quinze ans, l'un se sentirait « capable de goûter quelques plaisirs sexuels » (obs. XCII). L'autre enfin, nous écrit « qu'il voit sa femme avec plaisir et qu'il a eu un enfant depuis son opération » (obs. XCIII). Nous avons trouvé un cas analogue à celui-ci, publié par Variot (*Bull. Soc. Anthropol.*, 1892), où un malade amputé assez ras du pubis a des rapports sexuels féconds et devient père d'une petite fille.

III. — Etat général et état mental des opérés.

En dehors, naturellement, des cas où il y a récurrence ou généralisation néoplasiques, on ne constate que des altérations minimales de l'état général. C'est ainsi que, même les malades castrés complètement (obs. CIII) n'accusent aucune perte des forces et peuvent se remettre rapidement à leurs occupations ordinaires. Un peu d'obésité a cependant été notée par nous (obs. CIII).

Les accidents d'*ordre mental*, dont on pourrait à priori redouter la fréquence, sont en réalité rares. Ils seraient plus fréquents dans les ablations totales que dans les ablations partielles où les fonctions sont quelquefois peu gênées.

Richerand (cité par Demarquay) dit qu'il n'est pas rare que ces malades succombent à une profonde mélancolie. Demarquay rapporte lui-même le cas d'un malade mort de « fièvre ataxique », à la suite d'injures et de menaces que lui fit sa femme quand elle apprit le sacrifice fait par son mari pour sa guérison.

Métreau (thèse de Bordeaux, 1899) rapporte un cas d'empoisonnement avec 1 gramme d'opium et cite les cas de Chélius, Vidal de Cassis, Larrey.

CHAPITRE IV

VALEUR COMPARÉE DE CHAQUE MÉTHODE. LEURS INDICATIONS RESPECTIVES

Nous nous baserons, pour apprécier les différents procédés opératoires utilisés dans le traitement chirurgical du cancer de la verge, sur les résultats qu'ils nous ont donnés dans notre statistique, sur les modifications qu'ils peuvent apporter dans l'appareil génito-urinaire et dans l'état général ou mental.

Les récidives, avons-nous dit, sont plus fréquentes avec l'amputation partielle (35,29 pour cent), qu'avec l'amputation totale (28,28 pour cent), plus avec celle-ci qu'avec l'émasculatation totale (10 pour cent). Au point de vue des récidives, c'est donc l'émasculatation totale qui permettra le mieux de les éviter, l'amputation totale viendra ensuite.

Les cas de généralisation se sont produits après une émasculatation totale et après une amputation totale. Ces deux procédés opératoires n'ont été employés, dans la plupart des cas, jusqu'à présent, que chez des malades très avancés, alors qu'il était impossible de faire autrement. Il est probable que c'est ce qui est arrivé dans ces 2 cas : une opération radicale n'a pas suffi à enlever tous les germes cancéreux.

Au point de vue des survies, c'est l'émasculatation

totale qui tient la tête comme pourcentage (80 pour 100) et comme moyenne du temps de survie. L'amputation partielle vient après avec (58,82 pour 100), tandis que l'amputation totale ne donne que (14,28 pour 100) avec, il est vrai, le cas de la plus longue durée que nous ayons. Ce taux de survies avec l'amputation totale, peu élevé, à côté de celui des amputations partielles, ne doit pas être pris à la lettre ; nos chiffres de comparaison sont trop faibles en ce qui concerne l'amputation totale ; d'autre part nous avons été servis par des circonstances malheureuses dans quelques cas, l'observation, dans d'autres, ne date pas d'assez longtemps pour que nous les rangions parmi les survies de longue durée. Aussi, malgré ces résultats défavorables, nous placerons l'amputation totale, lorsqu'elle est faite en temps voulu, avant l'amputation partielle, au point de vue de la valeur chirurgicale et du pronostic post-opératoire.

Les troubles des fonctions urinaires sont relativement peu fréquents. Ce sont d'ailleurs les mêmes dans tous les procédés opératoires. A côté de quelques complications qui présentent des inconvénients graves, la plupart sont bénignes. On pourrait facilement les éviter par une technique opératoire bien conduite et par des soins aseptiques minutieux.

Au point de vue sexuel, il est évident que l'émasculatation totale retranche toute fonction génitale. L'amputation totale et l'extirpation totale mettent le malade à peu près au même point. Elles lui laissent cependant, par la conservation de ses testicules, comme une certaine satisfaction morale. Mais, au point de vue stric-

tement génital, c'est l'amputation partielle qui constitue pour les malades la meilleure opération, puisqu'elle ne s'accompagne le plus souvent d'aucune gêne dans l'accomplissement des rapports sexuels, et d'aucun trouble bien net au point de vue des désirs. Mais, à vrai dire, cette considération, à moins d'ordres formels de la part du malade, ne doit pas entrer en ligne de compte aux yeux du chirurgien, dont le devoir est de sacrifier la « fonction au fonctionnaire », suivant l'heureuse image de M. Diday. Ce sacrifice est d'autant moins pénible qu'il s'agit en général de sujets déjà âgés, chez lesquels l'existence d'un cancer pénien plus ou moins volumineux a sans doute déjà supprimé en partie la fonction génitale.

Les complications du côté de l'état mental seraient plus à craindre après l'émasculatation et l'amputation totale qu'après l'amputation partielle. Nous n'avons retrouvé aucun cas de ce genre de complications dans nos observations. L'état général ne se modifie pas d'une façon différente après l'un ou l'autre procédé.

De cette étude comparative rapide, il résulte qu'au point de vue purement chirurgical, c'est l'émasculatation totale qui donne la plus grande sécurité post-opératoire dans les cancers de la verge. L'opération en elle-même n'est plus considérée actuellement comme une opération très grave, faisant courir des risques de mort au patient. C'est elle qui donne le plus de survies et le moins de récidives. C'est donc à elle qu'il faudra, en principe, recourir, surtout si le cancer a des tendances envahissantes, à moins d'un refus formel de la part du malade.

Toutefois, si l'on a affaire à un petit cancer très limité et opéré précocement, on pourra se contenter d'une extirpation moins radicale, et pratiquer soit une amputation partielle, soit une amputation totale. Mais il faudra toujours prévenir le malade de la possibilité d'une récédive, et il faudra l'engager à venir se montrer fréquemment au chirurgien dans les deux ou trois premières années qui suivront l'opération. Après ce délai, en effet, si la guérison s'est maintenue sans récédive, elle aura de grandes chances d'être une guérison définitive.

Quant à la circoncision dans les cancers du prépuce ou aux ablations partielles du gland, telles qu'elles ont été pratiquées par certains opérateurs, elles nous paraissent être des opérations trop économiques, que nous ne saurions recommander.

Quand faudra-t-il faire l'ablation des ganglions inguinaux? Elle doit être faite soigneusement et d'une façon systématique toutes les fois que les ganglions sont pris ou qu'on a le moindre doute sur leur envahissement. Il arrive que ces ganglions ne sont qu'enflammés; on a vu des cas où, sans aucune ablation, des ganglions volumineux ont régressé et disparu après l'amputation du pénis (obs. XXXVIII, XL, XLVIII). Il ne faut pas compter sur cette inflammation simple; il n'y a guère que l'examen histologique qui puisse trancher le diagnostic. — Pour éviter la trop longue durée de l'opération, dans les cas où l'état de santé du malade est précaire, on pourra faire le curage des aines dans un temps qui précèdera ou suivra de quelques jours l'amputation.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous n'avons pas eu la prétention de publier toutes les observations des malades opérés de cancer du pénis, nous avons voulu seulement en recueillir un certain nombre afin d'avoir le plus possible de résultats éloignés et de déduire de ceux-ci quelques conclusions. En fait d'émasculations totales, nous avons à peu près tous les cas mentionnés par les auteurs. Parmi les amputations, nous n'avons pris que les cas assez récents. Nous avons réuni ainsi 104 observations, dont 76 prises dans les diverses publications, nous les donnerons très résumées, et 28 observations lyonnaises inédites, sauf 3. Pour les premières, nous nous sommes contenté des résultats éloignés donnés, trop rarement peut-être, par les observateurs. Nous avons écrit aux malades opérés à Lyon ; une moitié environ nous a fait parvenir quelques renseignements, d'autres ne nous ont pas répondu, enfin quelques-uns sont restés introuvables.

A. OBSERVATIONS RECUEILLIES EN DEHORS DE LYON
(RÉSUMÉES) = 76

1° Amputations partielles = 27

OBSERVATION I. — *Tédenat* (thèse Villa, Montpellier, 1901). Cancer du prépuce et du gland, ganglions inguinaux bilatéraux surtout à droite.

Début, cinq mois, âge, soixante-quatre ans.

Opération le 4 avril 1886 : Amputation à la partie moyenne.
Ablation des ganglions inguinaux droits.

Guérison le 19 avril 1886.

Résultats éloignés : Survie d'au moins deux ans.

Obs. II. — *Tédenat* (thèse Villa).

Cancer de la moitié antérieure de la verge. Pas de ganglions.

Début, six mois. Age, cinquante-quatre ans.

Opération le 10 décembre 1886 : Amputation de la moitié antérieure.

Guérison le 24 décembre 1886.

Obs. III. — *Tédenat* (thèse Villa).

Cancer balano-préputial. Pas de ganglions.

Début, trois mois. Age, cinquante-huit ans.

Opération le 14 janvier 1887 : Amputation de la partie antérieure.

Guérison, le 25 janvier 1887.

Obs. IV. — *Tédenat* (thèse Villa.)

Cancer de l'extrémité antérieure de la verge.

Début, huit mois. Age, soixante-deux ans.

Opération le 5 avril 1894 : Amputation partielle.

Guérison opératoire.

OBS. V. — *Demons* (thèse Métreau, Bordeaux, 1899-1900.)

Première opération il y a douze ans. Deux autres opérations consécutives pour récidives. Quatrième récidive en 1895. Cancer dur et bourgeonnant ayant envahi tout le gland. Pas de ganglions.

Début, douze ans environ. Age, quatre-vingt-sept ans.

Opération le 18 décembre 1895 : Amputation partielle au thermo-cautère.

Guérison le 8 janvier 1896.

Résultats éloignés. — Mort dans la suite d'une autre affection, mais « souffrant toujours du même mal. »

OBS. VI. — *Thèse Damond* (Bordeaux, 1898.)

Phimosis. Circoncision fait découvrir un épithélioma de la région balano-préputiale droite. Pas de ganglions. Etat général bon.

Début, quatre mois. Age, soixante-douze ans.

Opération le 10 mai 1896 : Amputation partielle. Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Résultats immédiats : Cicatrisation après une double orchite, survenue au dixième jour et ayant duré trois semaines.

Résultats éloignés. — Novembre 1896 : Dans l'aîne gauche, ganglions volumineux.

15 décembre 1896 : ablation des ganglions gauches.

Février 1897 : nouvelle tuméfaction dans l'aîne gauche ; ulcération ; malade refuse opération.

20 novembre 1897 : mort dans la cachexie.

OBS. VII. — *Demons* (thèse Métreau).

Phimosis. Cancer du gland (côté droit) et adhérence au prépuce de ce côté. Ganglions agglomérés dans l'aîne droite seulement. Bon état général.

Age, cinquante-deux ans. Début, neuf mois.

Opération le 29 avril 1897 : Amputation partielle ; curage de l'aîne droite,

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé.
Guérison opératoire facile.

Résultats éloignés. — 8 juin 1897 : Quelques ganglions dans l'aîne gauche. Lèvre inférieure de la cicatrice, à droite, épaisse et dure. Œdème de la jambe gauche et du scrotum.
23 juin 1897 : [Etat grave. Douleurs dans l'aisselle, sans ganglions.

Mort quelques jours après. Récidive dans les aînes et généralisation.

OBS. VIII. — *Auvray et Pascal* (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1899.)

Cancer ulcéré et bourgeonnant envahissant tout le fourreau de la verge et la partie supérieure du scrotum, sur la face antérieure. Gland, urètre indemnes. Ganglions inguinaux des deux côtés. Etat général excellent.

Début, deux ans.

Opération en novembre 1898. Incision dorsale et ablation de toute la peau du pénis et de la partie supérieure des bourses. Ablation des ganglions inguinaux et autoplastie des bourses avec de la peau prise dans les aînes.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Guérison : Miction normale. Erection et coït possibles.

OBS. IX. — *Imbert* (thèse Villa, Bordeaux, 1900-1901.)

Cancer de l'extrémité antérieure. Ganglions à droite, pas à gauche.

Début, trois mois.

Opération, le 9 mai 1901 : Amputation à la partie moyenne.

Guérison le 28 mai 1901.

OBS. X. — *P. Schneider* (thèse Giessen, 1904. Observation de la clinique chirurgicale de l'Université de Giessen).

Phimosi. Cancer du gland, sous-préputial.

Pas de ganglions.

Début : six mois. Age : soixante ans.

Opération le 17 mai 1901 : Amputation dans la moitié saine.

Guérison le 18 juin 1901.

Résultats éloignés. — Revu un an et demi après, Pas de récurrence. Les 2 centimètres de pénis qui restent sont noyés dans la peau du scrotum. Le malade doit s'accroupir pour uriner.

OBS. XI. — *R. Picqué* (*Bull. Soc. Anat.*, 1902).

Cancer du gland et du prépuce. Grosse masse ganglionnaire dans l'aîne gauche. Gêne de la miction.

Début : six à huit mois. Age : soixante-cinq ans.

Opération le 25 janvier 1902 : Section de la verge à 2 centimètres de la racine. Extirpation des ganglions inguinaux gauches.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques. Guérison opératoire.

OBS. XII. — *P. Schneider* (thèse de Giessen, 1904).

Phimosis. Cancer du gland, sous-préputial. Ganglions inguinaux bilatéraux, légèrement pris.

Début : un an et demi. Age : soixante-trois ans.

Opération le 20 mai 1902 : Amputation à 1 centimètre du pubis. Curage de deux aines.

Examen histologique : Carcinome. Ganglions des aines non néoplasiques.

Guérison le 10 juin 1902.

Résultats éloignés. — Fin août 1902 : Récurrence. Pas de ganglions. 30 septembre 1902 : Nouvelle opération. Ablation totale en tissu sain. 11 octobre 1902 : Guérison. Urine bien. Quelques semaines plus tard, maigrit, se cachectise et meurt de métastase.

Les ganglions inguinaux des deux côtés restèrent libres jusqu'à la mort.

OBS. XIII. — *H. Morestin (Bull. Soc. Anat., 1902).*

Cancer du prépuce envahissant légèrement le frein (limité à la surface du prépuce). Ganglions inguinaux pris, surtout à droite.

Début : six mois. Age : soixante-deux ans.

Opération le 13 juin 1902. Circoncision. Extirpation du frein et de la partie sous-urétrale du gland. Réfection du gland. Evidement des deux aines.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes cornés.

Guérison le 20 juin 1902.

OBS. XIV. — *R. Picqué (Bull. Soc. Anat., 1902).*

Cancer du gland à début au niveau du méat. Ganglions inguinaux pris surtout à gauche.

Début : cinq mois. Age : cinquante-deux ans.

Opération le 25 juin 1902 : Amputation du gland. Extirpation des ganglions inguinaux des deux côtés.

Examen histologique : Cancer épidermique à début probablement sébacé, propagé secondairement à l'urètre.

Guérison opératoire.

OBS. XV. — *H. Morestin (Bull. Soc. Anat., 1903).*

Cancer à début dans le sillon balano-préputial. Invasion du gland et du prépuce.

Pas de ganglions perceptibles.

Début : quatre à cinq mois. Age : soixante-six ans.

Opération le 9 mars 1903 : Amputation de la verge à un travers de doigt en arrière du gland. Evidement des deux aines.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Guérison opératoire après un peu de suppuration dans les aines.

OBS. XVI. — *H. Morestin (Bull. Soc. Anat., 1903).*

Cancer du gland ; début méatique ou juxtaméatique. Ganglions dans les deux aines.

Début : cinq ans. Age : quarante-sept ans.

Opération le 30 avril 1903 : Amputation de la verge à la partie moyenne. Evidement des deux aines.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux tubulé et lobulé avec globes épidermiques.

Guérison opératoire complète après un peu de suppuration dans l'aîne.

OBS. XVII. — *H. Morestin (Bull. Soc. Anat., 1903).*

Cancer du sillon balano-préputial. Pas de ganglions.

Début : trois mois. Age : soixante trois ans.

Opération le 29 août 1903 : Amputation partielle. (Pas d'évidement à cause d'albuminurie).

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques nombreux.

OBS. XVIII. — *H. Morestin (Bull. Soc. Anat., 1903).*

Cancer du gland, en chou-fleur. Ganglions dans les deux aines. Ganglions iliaques externes augmentés de volume.

Age : cinquante-cinq ans.

Opération le 21 août 1903. Amputation à la partie moyenne. Evidement des deux triangles de Scarpa. Ablation des ganglions iliaques externes.

Guérison opératoire fin septembre, après un peu de suppuration.

OBS. XIX. — *Robert (Serv. Pousson, Journ. de méd. de Bordeaux, 23 janvier 1905).*

Cancer du gland et du prépuce. Ganglions inguinaux peu accusés. Etat cachectique.

Début : un an et neuf mois. Age : quarante-quatre ans.

Opération le 24 décembre 1904 : Amputation partielle. Pas d'évidement des aines (à cause du mauvais état général).

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux.

Guérison opératoire le 5 janvier 1904.

Obs. XX. — *P. Lecène* (Service Civile, Laboratoire.
Ann. des mal. des org. génito-urin., 1906).

Avril 1903. Ulcération du méat.

9 octobre 1903. Ablation partielle, accidents urinaires infectieux. Guérison.

Juin 1904. Réapparition des troubles urinaires et de l'ulcération. Dermite du gland consécutivement à rayons X.

26 avril 1905. Gland infiltré complètement. Un ganglion dur dans l'aîne droite.

Début : six mois, puis récidive dix-huit mois après la première opération. Age : quarante-huit ans.

Opération le 28 avril 1905 : Amputation base de la verge laissant environ 2 centimètres.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux tubulé sans globes cornés. Pas de généralisation épithéliomateuse dans les ganglions.

Guérison après quinze jours, sans complication.

Obs. XXI. — *H. Morestin* (*Bull. Soc. Anat.*, 1905).

Cancer du gland. Pas de ganglions.

Début : deux ans. Age : soixante-cinq ans.

Opération le 6 juillet 1905 : Ablation du gland et du prépuce. Curage des deux aines; plus à droite, ablation des ganglions iliaques externes.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Guérison opératoire vers le 1^{er} août 1905.

Résultats éloignés. — 29 août 1905. Revu. Fonctionnement parfait du méat; un peu d'œdème de la jambe droite et du scrotum. Etat général assez bon.

15 novembre 1905. Etat général : le même. Pas de changement dans l'état local. Léger œdème lymphatique, sorte d'éléphantiasis, du fourreau, du scrotum, et de la jambe droite. Erections utilisables. Rapports réguliers avec sa femme; éprouve, ou peu s'en faut, les mêmes sensations qu'auparavant.

OBS. XXII. — H. Veyrat (Serv. Duret. *J. des Sc. méd. de Lille*, 1906).

Cancer du gland. Adénite inguinale bilatérale, surtout à gauche. Urine très difficilement. (Rétrécissement antérieur de l'urètre.) Etat général bon.

Début, deux ans. Age, soixante-cinq ans.

Opération le 17 janvier 1906: Amputation partielle. Ablation de sept ou huit ganglions inguinaux de chaque côté. Bougie à demeure dilatant l'urètre.

Examen histologique: Epithélioma à globes épidermiques. Ganglions néoplasiques.

Guérison le 29 janvier 1906.

Nous ajouterons cinq cas d'amputation partielle publiées avec peu de détails dans la *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie* de 1903, par Hamonic. Ce sont tous des malades de plus de cinquante ans :

OBS. XXIII. — Cancer du prépuce avec phimosis.

Gland sain. Opération : Circoncision.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux.

OBS. XXIV et XXV (semblables). — Phimosis,

Cancer du gland. Ni ganglions, ni lymphangite.

Opération : Amputation partielle de la verge.

Examen histologique: Cancer épithélial.

Guérison opératoire.

Résultats éloignés. — La guérison se maintient. L'un est opéré depuis près de dix ans.

OBS. XXVI. — Cancer situé au delà du sillon balano-préputial d'une longueur de 3 centimètres environ (bague fibreuse). Squirre pénien. Pas de ganglions.

Début, onze mois.

Opération : Amputation partielle de la verge.

Guérison opératoire rapide.

OBS. XXVII. — Cancer ulcéreux et bourgeonnant, développé à la partie moyenne du pénis, à la suite d'un traumatisme datant de deux ans.

Début, cinq mois. Pas de ganglions.

Opération : Amputation partielle de la verge. Examen histologique : Carcinome.

Guérison opératoire facile.

2° Amputation et Extirpation totale = 10.

OBS. XXVIII. — *Tédenat* (thèse Villa, Montpellier 1901).
Cancer envahissant totalement la verge. Pas de ganglions.

Début, un an. Age, cinquante-deux ans.

Opération le 28 avril 1884 : Amputation totale avec ablation des corps caverneux, sans ablation des testicules.

Guérison le 21 mai 1884.

Résultats éloignés. — Mort presque quinze ans après, en mars 1899, sans récurrence, mais avec rétention d'urine et infection.

OBS. XXIX. — *Demons et Bégouin* (thèse de Métreau, Bordeaux, 1899).

Cancer ulcéré envahissant toute la verge et la partie supérieure du scrotum ainsi que la ligne blanche. Ganglions.

Début, six mois. Age, cinquante-quatre ans.

Opération au commencement de 1897 : Amputation totale. Ablation des ganglions.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Guérison opératoire.

Résultats éloignés. — Juin 1897. Un peu de difficulté pour uriner, causée par rétrécissement du méat artificiel.
24 mars 1898 (2 ans après) : Mort de néoplasie intestinale.

OBS. XXX. — *H. Morestin (Bull. Soc. anat., 1901).*

Cancer de toute la verge (néoplasme engainant). Scrotum œdématié, rouge (phlegmon diffus). Pas de ganglions, Début, un an. Age, cinquante ans.

Opération le 24 juin 1901 : Amputation au ras du pubis. Résection d'une partie du scrotum. Réfection du méat.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Guérison le 6 juillet 1901. Réunion par première intention. La miction se fait bien.

OBS. XXXI. — *H. Morestin (Bull. Soc. anat., 1902).*

Cancer du prépuce et du sillon balano-préputial. Le gland porte à sa base une collerette néoplasique. Dans l'aine droite, grosse masse ganglionnaire.

Début, quatre mois (certainement de plus longtemps). Age, trente-sept ans.

Opération le 17 mars 1902 : Amputation totale (à la racine). Evidement du triangle de Scarpa droit.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes cornés.

Guérison le 20 avril 1902. Méat bien conformé. Urine bien.

OBS. XXXII. — *Février (thèse Serra, Nancy, 1903).*

Cancer du gland et du prépuce. Pas de ganglions.

Début, six mois. Age, soixante-deux ans.

Opération définitive le 5 janvier 1903 : 1° Section du prépuce et ablation des végétations ;

2° Quinze jours après, nouvelle ablation ;

3° Trois semaines après, encore ablation des végétations ;

4° Extirpation totale.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Guérison le 8 avril 1903 : urine facilement.

Résultats éloignés. — Revu un mois après, exerce son ancien métier ; ne se ressent de rien.

OBS. XXXIII. — *H. Morestin* (*Bull. Soc. anat.*, 1903).

Cancer sous-préputial. Pas de ganglions.

Début, trois mois. Age, plus de quatre-vingts ans.

Opération le 11 mars 1903: Amputation à la racine (pour ne pas prolonger l'opération, pas de curage).

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Guérison opératoire.

OBS. XXXIV. — *Oraison* (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1903).

Avril 1902. — Cancer de toute la partie dorsale de la verge avec ulcérations. Pas de ganglions.

Novembre 1902. — Verge envahie complètement. Ganglions inguinaux volumineux.

Début, quinze ans. Age, soixante-deux ans.

Opération le 10 novembre 1903 : Extirpation totale.

Examen histologique : Epithélioma papillaire (dégénérescence épithéliomateuse d'un papillome).

Guérison après suites opératoires longues et suppuration.

Résultats éloignés. — Mort un mois et demi après d'accident (T. = 40 degrés et accès de dyspnée).

OBS. XXXV. — *P. Butruille* (service Carlier, *Echo méd., du Nord*, Lille, 1905).

Gros cancer du pénis. Adénite inguinale gauche volumineuse. Adénite droite légère.

Début : huit mois. Age : quarante-quatre ans.

Opération le 21 février 1905 : Amputation totale. Curage soigné des deux aines.

Examen histologique : Epithélioma.

Guérison le 15 mars.

Résultats éloignés. — 4 juin 1905 (trois mois et demi après) : revient avec énorme chou-fleur ganglionnaire dans l'aine droite, ulcéré, adhérent, jugé inopérable. Mort de cachexie.

OBS. XXXVI. — *Morestin* (*Bull. Soc. Anat.*, 1905).

Cancer primitivement préputial ayant envahi le pli de l'aine gauche et la région inguino-scrotale.

Début : plus de dix ans. Age : soixante-sept ans.

Opération : 31 juillet 1895. Amputation partielle et curage de l'aine gauche.

Août 1904. — Récidive.

3 août 1905. — Extirpation totale. Curage de l'aine gauche. Ablation d'un gros ganglion situé le long de la veine iliaque externe (blessure de l'iliaque externe).

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Guérison le 15 septembre 1905, après légère suppuration et accidents par défaut de circulation dans la jambe gauche.

Résultats éloignés. — Septembre 1905. Récidive sur le trajet de la fémorale. Vu deux fois pendant ce mois, puis plus revu.

Oss. XXXVII. — *Morestin* (*Bull. Soc. Anat.*, 1905).

Amputation de la verge à la partie moyenne en mai 1904. Récidive locale. Envahissement étendu des ganglions. Hernie inguinale droite volumineuse.

Début : inconnu ; récidive après quinze mois. Age : cinquante-deux ans.

Opération le 8 août 1905 : amputation au ras du pubis. Evidement complet des deux aines. Cure radicale de la hernie inguinale droite.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Dans la suite : fièvre et tuméfaction des bourses (incisions multiples).

Phlegmatia alba dolens de la jambe gauche. Mort le 15 septembre 1905 d'accidents broncho-pulmonaires.

3° Emasculation totale : 39.

OBS. XXXVIII. — *Annandale* d'Edimbourg, (*The Lancet*, 1874.)

Cancer ayant envahi toute la verge et les testicules et laissé à leur place une vaste ulcération bourgeonnante. Un ou deux ganglions légèrement hypertrophiés dans l'aîne droite.

Début : quatre ans. Age : trente-trois ans.

Opération le 15 octobre 1873 : émasculation totale. Réunion incomplète des lèvres de la plaie.

Guérison le 30 décembre 1873 : plaie cicatrisée. Orifice urétral perméable. Hypertrophie des ganglions bien diminuée. Etat général amélioré.

Résultats éloignés. — A promis de revenir si récidive. Un an après (décembre 1874) n'est pas revenu. Donc, présomption en faveur de la persistance de la guérison.

OBS. XXXIX. — *A. Paci* (*Giornale int. del Scienze medich.*, Napoli, 1880).

Cancer de la verge envahissant du gland à la racine des corps caverneux. Tumeur dure du volume d'un œuf au périnée. Pas de ganglions.

Age : soixante-deux ans.

Opération le 3 décembre 1877 : Emasculation totale. Section des corps caverneux au galvanocautère. Réunion de la plaie.

Mort vingt jours après d'inanition (dit l'auteur) avec œdème de la cuisse droite.

OBS. XL. — *V. Jackson* (Thèse de Serra, 1903, obs. X).

Invasion par le néoplasme de tout le pénis et de la plus grande partie du scrotum. Ganglions inguinaux des deux côtés.

Début : deux ans. Age : cinquante et un ans.

Opération le 3 juin 1886 : Emasculation totale. Pas d'ablation de ganglions.

Guérison après élimination de quelques escares et un peu de suppuration. Les ganglions inguinaux disparaissent en juillet sans extirpation.

Résultats éloignés. — Onze mois après (mai 1887) : malade en parfaite santé. Aucun retour des ganglions inguinaux. Muqueuse urétrale légèrement prolabée.

OBS. XLI. — *Mercanton* (Réunion annuelle de la Soc. médic. de la Suisse romande, octobre 1892).

Invasion des deux tiers antérieurs de la verge. Ganglions dans les deux aines.

Age : quarante ans.

Opération en octobre 1886 : Emasculation totale, extirpation des corps caverneux, des testicules et d'énormes paquets de ganglions infiltrés des deux aines.

Guérison opératoire. Miction facile.

Résultats éloignés. — Plus d'un an après, pas de récurrence. Miction se fait bien.

OBS. XLII. — *Morisani* (*Giorn. int. del Scienze medich.* 1892).

Invasion totale de la verge par le cancer ulcéré. Ganglions inguinaux paraissant seulement enflammés.

Début : un an. Age : soixante-deux ans.

Opération le 28 août 1891. Emasculation totale. Evidemment des 2 aines.

Guérison après légère suppuration. Miction se fait sans difficulté.

OBS. XLIII. — *Chalot* (Congrès de chirurgie, Lyon 1894).

Verge énorme, déformée. Ulcération allant du mont de Vénus à la bourse gauche. Engorgement ganglionnaire des deux aines.

Age : cinquante-deux ans.

Opération le 14 avril 1892. Emasculation totale.

Guérison opératoire.

Résultats éloignés. — 6 octobre 1894 (deux ans et demi après) : se porte tout à fait bien. Pendant le jour : obligé d'uriner toutes les demi-heures ; pollakiurie s'amendant par lavages de la vessie. Pendant la nuit : incontinence complète. Se baisse sur les jambes pour uriner, comme pour aller à la selle. Tous les huit ou dix jours éjacule la nuit, en rêvant, avec grande jouissance. Mort trois ans et demi après (fin 1895) de pneumonie, sans récidive.

OBS. XLIV. — *Chalot* (Congrès de chirurgie, Lyon 1894).

Verge envahie totalement ainsi que scrotum et peau des alentours. Masses ganglionnaires dans les deux aines.

Age : soixante-trois ans.

Opération le 11 janvier 1894 : Emasculation totale. Enucléation de tous les ganglions.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Guérison opératoire complète.

Résultats éloignés. — 6 octobre 1894 (huit mois après) : Pas de récidive. Etat général bon. L'urine mouille un peu la partie supérieure de la cuisse gauche, la ligne de réunion étant plus rapprochée de ce côté. Obligé de s'accroupir pour uriner. Porte un urinal de femme, en caoutchouc, pour uriner debout. Depuis l'opération, 3 ou 4 éjaculations voluptueuses pendant la nuit. Revu quatre ans et dix mois après l'opération. Se porte très bien.

OBS. XLV. — *Bazy et Carcy* (Thèse de Serra, Nancy 1906).

Epithélioma urétral avec tuméfaction de la racine de la verge. Troubles urinaires, Quelques ganglions des 2 côtés paraissant seulement enflammés.

Debut : cinq mois. Age : soixante-deux ans.

Opération le 3 juillet 1894 : Emasculation totale. Pas d'évidement des aines.

Examen histol. : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Guérison opératoire.

Résultats éloignés. — Dans la suite, pas de récurrence.

OBS. XLVI. — *Albarran* (Service Guyon. Thèse de Serra, Nancy 1903).

Verge envahie en totalité ainsi que les bourses. Ganglions de l'aine, gros et durs des deux côtés.

Début : quatre ans. Age : quarante-trois ans.

Opération le 1^{er} août 1894 : Emasculation totale. Extirpation des ganglions inguinaux.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux lobulé typique. Ganglions cancéreux.

Guérison opératoire le 20 septembre 1894.

Résultats éloignés. — Mai 1895 (dix mois après) : Récurrence régionale très étendue, dans paroi abdominale, dans ganglions iliaques et prévertébraux.

Mort quelques mois après.

OBS. XLVII. — *Tédenat* (Thèse de Villa, Montpellier 1901).

Cancer total de la verge. Ganglions inguinaux bilatéraux.

Début : quatre ans, Age : quarante-cinq ans.

Opération le 4 juillet 1894 : Emasculation totale.

Guérison le 22 juillet 1894.

Résultats éloignés. — Août 1900 (six ans après). La guérison se maintient.

OBS. XLVIII. — *Legueu* (*Ann. des org. génito-urin.* 1896).

Toute la verge est tuméfiée et ulcérée. Ganglions engorgés dans les 2 aines.

Début : dix mois. Age : soixante-quinze ans.

Opération le 19 juillet 1895 : Emasculation totale. Pas

d'ablation des ganglions inguinaux (réservée pour plus tard et non faite).

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux.

Suites opératoires simples d'abord, puis intoxication iodoformée. Sort dans un état de santé précaire.

Résultats éloignés. — Un mois après : état satisfaisant, a engraisé, retrouvé appétit et gaieté. Dix mois après : état excellent. Ganglions inguinaux ont disparu. Prostate hypertrophiée a diminué. Pas de récurrence.

OBS. XLIX. — *Pantaloni* (*Arch. prov. de chirurgie*, 1898).

Cancer de la verge : Amputation partielle. Huit mois après : Récurrence, propagation au scrotum. Ganglions inguinaux pris.

Opération fin 1895 : Émasculatlon totale, extirpation des ganglions inguinaux.

Guérison opératoire,

Résultats éloignés. — 6 juin 1896 (un peu plus de six mois après l'opération), mort de généralisation.

OBS. L. — *Forgue* (thèse Serra, Nancy, 1903).

Verge et bourses envahies, prépuce épaissi, pas de ganglions.

Début : depuis neuf ans, petite tumeur ; depuis six mois, extension ; âge, cinquante et un ans.

Opération le 26 février 1896 : Émasculatlon totale.

Examen histologique : Épithélioma.

Guérison le 26 mars 1895 : urine bien, obligé de s'accroûpir, pas d'incontinence.

OBS. LI. — *Pétouraud* (Service Etienne Rollet, *Lyon Médical*, 1895).

Tumeur du prépuce et de la plus grande partie du fourreau, récidivée *in situ* à la suite de l'excision d'une papule dure ; 2 petits ganglions inguinaux gauches.

Age : soixante-huit ans.

Opération en 1895 : Émasculatlon totale.

Guérison au bout d'un mois : pas d'incontinence.

OBS. LII. — *Morisani* (*Giorn. int. del scienze medich.*, 1892).

Invasion de toute la verge et des corps caverneux, pas de ganglions.

Opération en 1892 : Énucléation des corps caverneux avec castration bilatérale.

Guérison opératoire.

OBS. — *Pantaloni* (*Arch. prov. de Chirurgie*, 1898).

Gland et prépuce remplacés par plaie sanieuse et fétide.

Début, un an environ ; âge, trente-neuf ans.

Opération le 27 novembre 1897 : Émasculation totale. Nettoyage des aines.

Examen histologique : Épithélioma épidermique.

Guérison complète le 20^e jour.

Résultats éloignés. — Septembre 1898, dix mois après, va bien. Content de son sort, quoique réduit à l'état d'eunuque.

OBS. LIV. — *Girard* (*Dauphiné médical*, décembre 1897).

Cancer de la partie antérieure de la verge ; pas de ganglions ; hypertrophie prostatique.

Début, quinze mois ; âge, quarante-huit ans.

Opération en décembre 1897 : Émasculation totale.

Guérison opératoire.

OBS. LV. — *Helperich* (thèse Saling, 1898, Clinique chirurgicale de Greifswald).

4 novembre 1897. — Cancer du gland et du prépuce, ganglions dans les deux aines.

5 novembre 1897. — Amputation partielle, curage des deux aines.

Guérison facile.

19 janvier 1898. — Récidive locale.

Début, six mois ; âge, quarante-sept ans.

Opération le 21 janvier 1898 : Émasculation totale.

Examen histologique : Épithélioma pavimenteux. De même pour les ganglions.

Guérison facile. 5 février 1898 ; les parties génitales ont pris une apparence féminine, le pénis étant remplacé par une fente située entre deux bourrelets périnéaux. L'urine coule de l'angle inférieur de la plaie.

OBS. LVI. — *Helperich (loc. cit.)*.

Cancer de toute la verge et du scrotum, ganglions dans les deux aines.

Début, quatre mois ; âge, soixante ans.

Opération le 10 février 1898 : Émasculation totale. Cu-rage des deux aines.

Guérison le 17 mars : Urine sans peine.

OBS. LVII. — *Pantaloni (Arch. prov. de Chirurgie, 1898)*.

L'extrémité de la verge n'existe plus. A la place, cratère infect ; gros ganglions ramollis dans l'aine droite.

Début, dix mois ; âge, soixante-trois ans.

Opération le 2 août 1898 : Émasculation totale, nettoyage des aines.

Examen histologique : cancroïde à globes épidermiques.

Guérison opératoire rapide.

Résultats éloignés. — 1^{er} octobre 1898 (2 mois après), santé parfaite.

OBS. LVIII. — *Bichat (Rev. méd. de l'Est, 1904)*.

Cancer de toute la verge ; ganglions inguinaux bilatéraux.

Début, près d'un an ; âge, quarante-deux ans.

Opération fin mars 1904 : Émasculation totale, ablation des ganglions.

Examen histologique : Épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Guérison le 25 mai 1904.

OBS. LIX. — *Riche* (Service Forgue, *Bull. Soc. Anat.*, 1906).

Epithélioma de la verge, infiltration du scrotum. Hernie inguinale bilatérale renfermant à droite l'appendice ; ganglions inguinaux bilatéraux. Etat général bon.

Début : depuis deux ans et demi, bouton ; depuis six mois, troubles urinaires, hématuries ; âge : quarante-sept ans.

Opération le 20 septembre 1905 : Émasculation totale, extirpation des ganglions inguinaux. Double cure radicale de hernie inguinale.

Examen histologique : Épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Guérison le 27 octobre 1905.

A ces 22 cas d'émasculation totale pour cancer de la verge, nous ajouterons, en-dehors de nos 3 cas lyonnais récents :

OBS. LX à LXV. — Les 6 émasculations pratiquées, de 1884 à 1894, par le professeur Rubio, de Madrid, toutes suivies de guérison.

OBS. LXVI à LXVIII. — Les 3 opérations que rapporte Jonnesco dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest* de 1900-1901 : les 2 premières, faites, l'une sans extirpation, l'autre avec extirpation des ganglions inguinaux, ont donné une récurrence mortelle et un résultat inconnu ; la troisième émasculation avait été précédée d'une laparotomie avec évidemment du tissu cellulaire et des ganglions situés le long des iliaques externe, interne et primitive, même de ceux sis le long de l'aorte et d'un curage des régions inguinales ; deux mois après l'état général du malade était bon.

OBS. LXIX à LXXVI. — Les 8 émasculations, mentionnées par le professeur Englisch, de Vienne, dans la *Wiener medizinische Wochenschrift* de 1902, toutes sans extirpation des ganglions, qui paraissent avoir donné des résultats durables.

B. — OBSERVATIONS LYONNAISES RÉCENTES (DEPUIS 1900)

1° Amputations partielles et totales : 25.

OBSERVATION LXXVII

(Albertin, publiée dans le *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Lyon*, 19 juin 1902.)

*Cancer de la verge. Amputation partielle.
Curage des ganglions. Guérison.*

« J'ai une observation de cancer de la verge, opéré il y plus de cinq ans, en collaboration avec mon ami Rochet, chirurgien de l'Antiquaille, et qui ne présente actuellement ni trace de récidive, ni tendance à la récidive.

« Il s'agissait du père d'un de nos confrères, qui, depuis deux ans, portait un cancer de la verge ayant dans les derniers mois acquis un volume considérable. Le malade avait toujours hésité à se montrer à un médecin et il ne s'y était décidé que parce qu'il avait des troubles de la miction. L'urètre envahi, déformé, n'était plus perméable et l'urine ne trouvait qu'un passage difficile à travers les masses néoplasiques balano-préputiales.

« Les deux régions inguino-crurales étaient tapissées par un pavé ganglionnaire considérable.

« En présence de ces constatations, mon ami Rochet et moi nous fîmes un pronostic peu rassurant.

« Néanmoins, nous décidâmes l'ablation de la verge et nous fîmes, chacun de notre côté, une chasse consciencieuse et fructueuse aux ganglions inguino-cruraux. Le volume des ganglions réunis au pénis était énorme.

« La tumeur examinée histologiquement était un épithélioma typique.

« A notre grand étonnement, après une guérison opératoire rapide, le malade ressuscita pour ainsi dire, et,

malgré son âge de soixante-deux ans, reprit l'usage de la bicyclette et ses occupations assez pénibles. Actuellement, il est dans un état de santé parfaite, sans trace de récive locale, plus de cinq ans après notre intervention. »

2 juillet 1908. — M. Rochet nous apprend la mort de son malade, l'année dernière, c'est-à-dire dix ans après l'opération, de maladie intercurrente.

OBSERVATION LXXVIII

(Due à l'obligeance du D^r Delore : Clinique
du professeur Poncet.)

*Cancer balano-préputial. Amputation partielle.
Récidive ganglionnaire. Mort.*

H., soixante-dix ans, habitant Rillieux (Ain), entre à la Clinique du professeur Poncet, le 2 novembre 1900. C'est un vieillard cachectique atteint de myocardite, d'athérome et d'albuminurie.

Il est atteint d'un phimosis congénital, qui n'a jamais été soigné. Depuis six mois, il souffre au niveau du gland et constate par le méat préputial rétréci un écoulement saniemieux et souvent sanguin. Les mictions sont devenues difficiles pendant les derniers jours. Devant cette complication, le malade s'est décidé à venir à l'Hôtel-Dieu. Il n'y a pas de ganglions inguinaux appréciables.

4 novembre 1900. — M. Delore pratique la classique amputation de la verge. Sur la pièce, on constate que la tumeur a débuté sur le sillon balano-préputial, à droite.

Guérison opératoire très rapide.

14 août 1901. — Le malade revient avec un gros ganglion inguinal droit néoplasique, ulcéré et donnant lieu à de violentes hémorragies. Il existe également un gros ganglion à gauche et des ganglions iliaques des deux côtés.

Dans le but de parer aux hémorragies, on enlève le gan-

glion inguinal droit ulcéré, qui peut être séparé des vaisseaux, mais qui adhère à la *veine saphène interne*; cette veine est ulcérée et c'est sa perforation qui provoque les hémorragies. On la résèque.

Mort six mois après.

OBSERVATION LXXIX

(Due à l'obligeance du D^r Bérard.)

Epithélioma de la verge. — Amputation partielle.

Guérison.

C..., Joseph, cinquante-quatre ans, tisseur, demeurant à Vienzay (Haute-Savoie), entre le 10 octobre 1901 dans la clinique du professeur Jaboulay, que M. Bérard supplée.

Le malade était atteint de phimosis congénital. Il y a deux mois, début par un petit bouton à l'extrémité du gland. Aucune douleur, aucun trouble fonctionnel. Augmentation de volume progressive. Une véritable tumeur envahit presque toute l'étendue du gland et comprime légèrement d'abord le canal urétral. Au bout d'un mois, troubles marqués de la miction. Le malade consulte un médecin qui conseille des applications révulsives, sans aucun résultat. Entre à l'hôpital.

Actuellement, on constate au niveau du gland une tumeur molle, fongueuse. Le prépuce est érigné vers la racine de la verge. Les troubles de la miction sont peu importants, le calibre de l'urètre est peu diminué.

11 octobre 1901. — Amputation partielle.

Sort guéri.

1^{er} juillet 1908. — Il nous a été impossible de retrouver le malade pour savoir les résultats éloignés.

OBSERVATION LXXX

(Albertin, publiée dans le *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, le 19 juin 1902.)

Cancer du pénis et chaîne lymphatico-ganglionnaire secondaire. — Amputation totale. — Ablation des ganglions à gauche.

« L'épithélioma a débuté dans la rainure balano-préputial, sous un phimosis, et progressivement a perforé le prépuce.

« Partant de la tumeur et relié directement à elle, on sent un gros cordon lymphatique qui suit le dos de la verge et aboutit à cinq ou six gros ganglions occupant la région inguino-crurale gauche.

« Je n'ai pas trouvé, à la palpation, le moindre ganglion dans la région inguino-crurale droite.

« J'ai pratiqué l'ablation de la verge au-dessous du point où ce cordon lymphatique se réfléchissait sur la région pubienne et j'ai enlevé d'une seule pièce la tumeur principale et la chaîne ganglionnaire.

« Pour ce faire, j'ai sacrifié un long lambeau cutané de la région; j'ai dû faire ensuite de l'autoplastie par glissement de la surface cruentée. »

OBSERVATION LXXXI

(Due à l'obligeance du D^r Delore, clinique du professeur Poncet.)

Cancer balano-préputial. — Amputation partielle. Curage des deux aines. — Guérison.

Homme de quarante-cinq ans, entre à la clinique du professeur Poncet, le 3 février 1902. Il n'avait pas de phimosis mais un prépuce très long.

Il y a cinq mois, il a remarqué l'existence d'une ulcération sur le côté gauche du sillon balano-préputial. Le gland ne peut plus sortir depuis deux à trois mois.

Actuellement, sur le côté gauche du prépuce, en regard du sillon balano-préputial, on remarque une ulcération ou plutôt une perforation du prépuce par laquelle font saillie de gros bourgeons cancéreux développés sur le sillon.

Il existe des ganglions inguinaux très durs, surtout du côté droit.

6 février 1902. — M. Delore pratique l'ablation des ganglions et du tissu cellulaire des deux régions inguinales. L'examen histologique d'un des ganglions droits démontre sa nature cancéreuse. Amputation de la verge à 3 centimètres au delà de la lésion.

Hémostase classique, ainsi que la suture uréthro-cutanée. Pas de sonde à demeure.

20 février 1902. — Guérison opératoire.

Il nous a été impossible de retrouver le malade.

ORSEVATION LXXXII

(Service du D^r Durand, Saint-Pothin.)

Néoplasme de la verge. — Amputation partielle.

Curage des aines. — Guérison.

G..., Mathieu-Joseph, trente-six ans, entre, le 1^{er} mars 1906, dans le service du D^r Durand, à Saint-Pothin.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Au point de vue personnel, bonne santé habituelle. A eu la syphilis à vingt ans.

Hernie inguinale gauche congénitale. Marié depuis sept ans ; pas d'enfants ; femme bien portante.

Début de l'affection il y a cinq ans : ulcération plate, non bourgeonnante, siégeant sur une face latérale du gland. L'an passé, on lui proposa de l'opérer, il refusa.

Actuellement la tumeur a pris des proportions plus con-

sidérables. Tout le gland est envahi. Ganglions dans les plis inguino-cruraux. Depuis cinq mois, le malade se plaint de douleurs, très vives par moments. L'état général est bon.

2 mars 1906. — Ablation des ganglions. Amputation partielle de la verge.

26 mars 1906. — Sort guéri.

Nous avons écrit au malade ces temps-ci, aucune réponse ne nous est parvenue.

OBSERVATION LXXXIII

(Service du Dr Rafin, Hôpital Saint-Joseph.)

*Cancer du pénis. — Amputation partielle.
Evidement des deux aines. — Guérison durable.*

M..., Antoine, soixante-trois ans, cultivateur, demeurant à Etercy (Haute-Savoie), entre à l'hôpital, le 7 août 1903, pour une « tumeur de la verge ».

Pas d'antécédents héréditaires néoplasiques.

Marié. Femme bien portante ; deux enfants bien portants. N'a jamais fait d'affection grave.

Début il y a deux mois : démangeaisons du gland ; tuméfaction unilatérale gauche sur une portion limitée du gland ; suintement séro-sanguinolent s'échappant de l'orifice préputial et tachant la chemise ; douleurs lancinantes, avec sensation de brûlure au bout de la verge, irradiées dans les aines.

Actuellement : phimosis ; gland tuméfié du côté gauche, tuméfaction dure, indolore, ne s'étendant pas en arrière du sillon balano-préputial. Au niveau de l'orifice préputial : surface exulcérée, un peu bourgeonnante avec suintement abondant et fétide. Etat général assez bon.

14 août 1903. — Amputation de la verge dans le tiers proximal. Curage des deux aines : petits ganglions ; un gros ganglion à droite.

17 août. — Le malade va bien.

22 août. — On fait sauter la suture à droite : pus fétide, sphacèle léger. Dans la nuit : hémorragie secondaire de peu de gravité.

30 septembre. — Sort, la plaie presque complètement cicatrisée.

1^{er} juillet 1908. — Le malade nous répond, cinq ans après, qu'il est complètement guéri et qu'il n'a absolument rien ressenti de sa maladie depuis l'opération.

OBSERVATION LXXXIV

(Due à l'obligeance du D^r Leriche, Clinique
du Professeur Poncet.)

*Cancer de la verge. Amputation partielle. Evidement
des aînes. Mort de pneumonie.*

C. Basile, soixante ans, cultivateur, demeurant à Saint-Germain (Ardèche), entré le 11 janvier 1904 dans la clinique du professeur Poncet pour une tumeur de la verge datant de douze ans.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Marié, femme bien portante; quatre enfants en bonne santé.

Personnellement, santé toujours excellente; pas de maladie vénérienne.

Phimosis congénital; depuis une quinzaine d'années, le phimosis s'est accentué; le gland s'indurait sous le prépuce et peu à peu il ne pouvait plus décalotter.

Actuellement, gland hypertrophié et très dur, recouvert par un prépuce d'aspect scléreux, peu souple, cependant mobile sur le gland, l'orifice préputial est de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50. Le gland est d'une dureté fibreuse, de la grosseur d'une noix avec un prolongement le long des corps caverneux. Tumeur indolore qui comprime et rétrécit l'urètre; le jet est filiforme.

Deux ganglions volumineux, durs, dans l'aîne droite.

Deux hernies inguino-scrotales, la droite étant la plus considérable.

Pas de troubles de l'état général.

16 janvier 1904. — (Opération pratiquée par M. Thévenot.) Amputation de la verge à la partie moyenne. Suture hémostatique des corps caverneux. Ligature des vaisseaux superficiels. Suture de l'urètre à la peau. Sonde à demeure.

Ablation des ganglions de l'aîne ; l'un d'eux est kystique et renferme environ 3 centimètres cubes de liquide sanguinolent.

23 janvier 1904. — Pneumonie.

26 janvier 1904. — Mort.

OBSERVATION LXXXV

(Due à l'obligeance du Dr Rivière, Clinique
du professeur Jaboulay.)

*Cancer balano-préputial. Amputation partielle.
Evidement des deux aînes. Mort (infection).*

G. Joseph, soixante-sept ans, entre le 23 février 1904 dans la Clinique du professeur Jaboulay.

Marié à vingt et un an ; femme bien portante, six enfants en bonne santé.

Deux blennorragies dans la jeunesse.

En août 1903, le malade a présenté quatre ulcérations sur le gland, vers le sillon balano-préputial, avec quelques végétations. Il les cautérisait mais il en survenait d'autres à côté. Quelques ganglions inguinaux à cette époque. Ces ulcérations ont guéri en un mois. Un mois et demi après, le malade a une éruption assez forte sur les membres, plus disséminée sur le tronc. Rien à la face. Ces petites taches rosées ont duré deux mois et après leur disparition ont laissé quelques taches un peu violacées.

Il y a un mois, le malade a commencé à souffrir en urinant; il avait des cuissos au bout de la verge. D'autre part, il semble qu'il urinait un peu de sang. Ces douleurs ont été en augmentant. Depuis trois semaines, le gland paraît dur; le prépuce s'est rétracté et en deux jours s'est constitué un phimosis.

Actuellement : phimosis très serré. Ulcération à l'orifice préputial, à la partie inférieure; autre ulcération perforant le prépuce au niveau du sillon balano-préputial, par où s'élimine du tissu sphacélé et par où coule un peu d'urine au moment des mictions. Ecoulement de pus jaune, abondant par l'orifice préputial et la fistule. Sous le prépuce, le gland paraît un peu dur; il est douloureux. L'urètre fait un cordon dur au-dessous des corps caverneux. Le reste de la verge paraît à peu près sain. Douleur très vive à la miction et même douleur spontanée sous forme d'élancements. Ganglions inguinaux très nombreux du volume de petites billes, un peu plus gros à droite, un peu douloureux.

Le malade dit avoir maigri ces derniers temps. — OEdème des membres inférieurs très prononcé à droite.

Au cœur : arythmie. — Depuis plusieurs mois mictions un peu plus fréquentes, trois ou quatre la nuit.

Février 1904. — Amputation partielle de la verge et curage des deux aines.

Hémorragie le soir; une branche de la veine fémorale paraît donner.

Les jours suivants, température assez élevée; écoulement sanguin léger à droite.

Huit jours après, la plaie a mauvais aspect au niveau de l'aine droite; hémorragie légère; un peu de crépitation autour de la plaie. Mort.

OBSERVATION LXXXVI

(Clinique du professeur Jaboulay. D^r Bérard, suppléant.
Observation recueillie par M. Duroux.)

*Cancer de la verge. — Amputation partielle.
Guérison durable.*

D... Auguste, cinquante-cinq ans, cultivateur, demeurant à Viverolles (Puy-de-Dôme), entre dans la clinique du professeur Jaboulay le 30 mai 1905 pour une tumeur du gland remontant à trois mois.

Depuis six mois le malade éprouvait des cuissons au niveau du gland, mais il n'y a que trois mois qu'une exubérance rouge, suintante et saignant quelquefois s'est développée. Depuis cette époque il a abandonné tout rapport sexuel. Il souffre surtout après la miction.

A l'examen, on voit émerger d'un prépuce très étroit une saillie bourgeonnante, laissant entre elle et le prépuce, à sa partie supérieure, une fissure par où s'échappe l'urine. Il existe deux ganglions bilatéraux, très durs. Hydrocèle gauche très ancienne. Le malade a perdu ses forces depuis quelque temps.

Aucune maladie vénérienne à signaler. Sa femme est en bonne santé. Il a été porteur toute sa vie d'un phimosis très serré.

31 mai 1904. — M. Bérard procède à l'amputation partielle de la verge : suture de l'urètre et des corps caverneux à la peau. Sonde à demeure.

Examen histologique (M. Paviot) : Epithélioma malpighien du gland à globes cornés ne paraissant pas de très grande malignité.

Ganglions scléreux, sans généralisation.

30 juin 1908. — Nous avons écrit au malade ; voici ce qu'il nous répond plus de quatre ans après son opération :
« Depuis mon opération, je n'ai ressenti aucune douleur ;

la maladie est restée jusqu'à ce jour bien guérie ; j'urine facilement ; je n'éprouve aucune difficulté en quoi que ce soit. »

OBSERVATION LXXXVII

(Clinique du professeur Poncet.)

Epithélioma sébacé du pénis. — Amputation partielle.

Évidement de deux aines. — Guérison durable.

P... Claude, quarante-quatre ans, charpentier, demeurant à Ronno (Rhône), entre à la clinique du professeur Poncet pour une énorme tumeur de la verge, le 13 juin 1904.

Père âgé de soixante-quinze ans, sera opéré plus, tard en 1905, dans le service du Dr Tixier, également pour un cancer de la verge.

Personnellement a toujours eu une santé parfaite ; n'a jamais eu de maladie vénérienne ni reçu aucun traumatisme sur la région.

L'affection a débuté il y a environ quinze mois. Il remarqua sur la face interne du prépuce une tumeur papillomateuse du volume d'une petite tête d'épingle. Cette tumeur était indolente et ne saignait pas. Progressivement elle a grossi, s'accompagnant de démangeaisons.

Actuellement : Enorme tumeur de l'extrémité de la verge ; elle a à peu près le volume d'une orange, est régulièrement arrondie ; l'aspect est celui d'un chou-fleur. Du milieu de cette masse sort une moitié environ du gland qui est saine. Le fourreau de la verge est induré en masse ; on sent des traînées dures et des noyaux qui remontent jusqu'à la racine de la verge. Les corps caverneux sont également indurés.

Dans les aines, gros ganglions durs, surtout à droite.

La tumeur dégage une odeur nauséabonde.

Aucun symptôme fonctionnel; pas de gêne dans la miction.

État général excellent; pas d'amaigrissement.

17 juin 1904. — M. Thévenot opère le malade :

1° Ablation des ganglions inguinaux droits et gauches;

2° Amputation circulaire de la verge 1 centimètre au-dessous de la tumeur, en tissu sain.

L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un épithélioma sébacé étendu aux ganglions.

Novembre 1904. — Quatre mois après le malade est en excellente santé.

5 juillet 1908. — Quatre ans après, le malade répond : « Jamais je ne m'étais vu une santé aussi bonne qu'à présent. Jamais je n'ai ressenti aucune douleur. J'urine bien. Les plaisirs sexuels fonctionnent également. »

OBSERVATION LXXXVIII

(Clinique du professeur Jaboulay. Observation recueillie par M. Duroux.)

Cancer du pénis. — Amputation partielle. — Guérison opératoire. — Mort de récidence dans la suite.

D... Antoine, trente-six ans, demeurant à Lyon, entre dans la clinique du professeur Jaboulay, le 20 juin 1904.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à deux mois. Il s'aperçut alors d'un écoulement et d'un petit bouton.

A cause d'un phimosis congénital très serré, il ne put se rendre exactement compte des dimensions de ce bouton qui lui apparut à peu près gros comme une noisette et de couleur rouge.

L'écoulement n'a fait qu'augmenter et des douleurs sont apparues depuis quinze jours.

Le malade fut traité d'abord pour un chancre syphilitique. Le traitement mercuriel ne fit qu'aggraver le mal. Un

autre spécialiste consulté envoie le malade avec le diagnostic de cancer de la verge.

A l'examen : Verge en battant de cloche ; le prépuce, très allongé masque tout. L'on voit pourtant sourdre de l'orifice préputial une sérosité sanieuse, fétide. On perçoit sous la peau, à la palpation, au niveau de la rainure balano-préputiale, une induration circulaire, douloureuse à la pression. Il existe de la lymphangite.

Ganglions inguinaux bilatéraux.

Le malade a un aspect cachectique ; il a maigri de 3 kilogrammes en deux mois et a du dégoût pour la viande.

21 juin 1904. — Amputation circulaire de la verge. Sutures et sonde à demeure.

8 juillet 1904. — Quitte le service, guéri.

2 juillet 1908. — La femme du malade nous répond que la maladie a récidivé. On a fait une deuxième opération. Seconde récidive locale, ensuite, et mort le 23 février 1906, un an et huit mois après la première opération, dans la cachexie et d'horribles souffrances.

OBSERVATION LXXXIX

(Service du D^r Tixier, Saint-Pothin. —
D^r Gauthier, suppléant.)

Cancer de la verge. — Amputation partielle. — Guérison.

B... Félicien, soixante-deux ans, demeurant à Lyon, entre dans le service du D^r Tixier, à Saint-Pothin, le 10 août 1904 ; envoyé par Gailleton.

Le début de son affection remontait à deux ans, début par un petit noyau de la grosseur d'un grain de blé au niveau du sillon balano-préputial. Ce noyau a grossi progressivement, provoquant de l'œdème du prépuce et un phimosis qui fut opéré à la clinique de l'Antiquaille ; à la suite de cette opération, la tumeur s'est ulcérée et a donné un épi-

thélioma bourgeonnant qui envahit toute la moitié antérieure de la verge. Pas de ganglions.

25 août 1904. — Amputation partielle de la verge par le Dr Gauthier, suppléant M. Tixier.

28 août. — Sang dans les urines. Cystite ayant débuté après l'opération du phimosis. Lavage de la vessie au nitrate d'argent.

15 septembre. — Sort guéri.

2 juillet 1908. — Il nous a été impossible de retrouver le malade.

OBSERVATION XC

(Service du Dr Tixier, Hôtel-Dieu.)

*Epithélioma de la verge. — Amputation partielle.
Guérison durable.*

A..., Félix, soixante-treize ans entre dans le service du Dr Tixier, le 22 mars 1905, pour une tumeur de la verge.

Il y a un an, à la suite d'une chute sur le périnée, raconte le malade, serait apparu, au niveau du frein du prépuce, un petit bouton. D'abord indolent, il ne tarda pas à s'ulcérer, provoquant une sensation de brûlure le long de la verge et laissant s'écouler un liquide séreux, d'odeur fétide. En même temps, le léger phimosis qui existait primitivement s'accentua ; l'ulcération à contours indurés se développa progressivement et on la soupçonne actuellement à travers le prépuce, ayant entouré le gland le long de la rainure balano-préputiale. La partie du gland qui émerge à travers l'orifice préputial est ulcérée.

Pas de ganglions dans l'aïne.

La miction se fait normalement.

24 mars 1905. — Amputation partielle de la verge. Examen histologique : Epithélioma du type ectodermique (avec signes de développement rapide).

2 avril 1905. — Sort guéri.

3 juillet 1908. — Le malade nous répond, trois ans et trois mois après son opération, qu'il a repris son travail huit jours après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, qu'il ne s'est ressenti absolument de rien depuis, et qu'il se porte très bien. Il a les mêmes « facultés génitales » qu'auparavant.

OBSERVATION XCI

(Service du Dr Tixier, Hôtel-Dieu.)

Epithélioma de la verge. — Amputation partielle. — Extirpation des ganglions. — Mort (affection intercurrente).

P..., Claude, soixante-treize ans, demeurant à Ronno (Rhône), entre le 27 mars 1905, dans le service du Dr Tixier, pour une affection de la verge.

C'est le père du malade de l'observation LXXXVII, opéré à la Clinique Poncet, pour la même maladie, en 1904.

Le malade a toujours eu un phimosis. Il y a un an, il s'est aperçu de l'apparition d'un petit bouton au niveau du gland, bouton qui évolua progressivement.

Actuellement la verge est augmentée de volume, surtout au niveau du sillon balano-préputial, où on sent une induration circulaire. Des sécrétions putrides s'écoulent par l'orifice préputial.

Quelques ganglions dans les deux aines, surtout développés dans le groupe interne.

31 mars 1905. — Amputation de la verge. Extirpation des ganglions inguinaux.

5 juillet 1908. — Réponse du fils du malade nous apprenant que son père est mort trois jours après sa sortie de l'hôpital, d'affection intercurrente.

OBSERVATION XCII

(Due à l'obligeance du D^r Leriche. — Clinique
du professeur Poncet.)

*Cancer de la verge. — Amputation partielle. —
Guérison durable.*

P... Barthélemy, soixante-douze ans, cultivateur demeurant à Saint-Audras (Isère), entre à la Clinique du professeur Poncet, le 27 avril 1905 pour une tumeur de la verge.

Rien de particulier comme antécédents héréditaires. Signale personnellement une fièvre typhoïde; une blennorrhagie avec cystite à cinquante-quatre ans.

Phimosis congénital. Il y a cinq mois, apparition d'un bouton semblable à d'autres que le malade avait observés plusieurs fois : celui-là augmenta de volume progressivement, sans douleur, provoquant de la gêne de la miction par obstruction du méat.

Actuellement, le gland est augmenté de volume, induré surtout dans la moitié droite où la pression est un peu douloureuse ; le prépuce ne peut être ramené en arrière ; de l'orifice on voit dépasser une petite masse végétante, rosée, granuleuse.

Dans les deux aines, pléiades ganglionnaires. Hydrocèle de petit volume à droite.

28 avril 1905. — Opération par le D^r Delore :

Amputation du gland ; réfection d'un méat artificiel.

26 avril. — Le malade urine spontanément ; il n'a pas été utile de le sonder.

6 mai. — Sort guéri.

6 juillet 1908. — Le malade nous écrit, trois ans et deux mois après, qu'il se porte à merveille malgré ses soixante-quinze ans. Il croit la maladie complètement guérie. Il urine sans fatigue et sans effort. Il pourrait goûter quelques plaisirs sexuels, mais cela le fatigue légèrement.

OBSERVATION XCIII

(Service du Dr Tixier, Hôtel-Dieu.)

*Cancer de la verge. — Amputation partielle.
Evidement des deux triangles de Scarpa. — Guérison durable*

Z. Vincent, trente-huit ans, entre, le 30 mai 1905, dans le service du Dr Tixier pour une affection de la verge.

Le malade est porteur d'un phimosis. Il y a deux ans, apparition d'un point blanc et dur sur l'extrémité du gland ; sans provoquer de douleur, il augmenta lentement.

Actuellement on aperçoit, à travers l'orifice préputial, l'extrémité du gland qui a une coloration gris verdâtre, recouverte par un ichor fétide qui tache le linge. Le prépuce ne peut pas être relevé. Le gland forme une masse d'une dureté ligneuse, il n'y a aucune douleur ni à la pression, ni spontanément.

Les ganglions inguinaux sont pris à droite.

7 juin 1905. — Amputation de la verge. Evidement des deux triangles de Scarpa.

30 juin 1908. — Trois ans après son opération, le malade nous écrit : « Pendant les deux mois qui ont suivi ma sortie de l'hôpital, j'ai été un peu fatigué. Depuis je me trouve en bonne santé, ma maladie n'est pas revenue. J'urine toujours bien, même mieux qu'avant le début de ma maladie. Je vois ma femme avec plaisir, j'ai eu un enfant depuis et je me trouve très bien. »

OBSERVATION XCIV

(Due à l'obligeance du Dr Leriche, Clinique Poncet.)

*Cancer de la verge. — Amputation partielle.
Guérison durable.*

V. Jérémie, cinquante-deux ans, cultivateur, demeu-

rant à Optevoz (Ain), entre, le 23 octobre 1905, à la clinique du professeur Poncet pour une affection ayant débuté juillet dernier par un bouton dur, sur la face gauche de la base du gland. Phimosis ; c'est à travers le prépuce que le malade sentait cette induration.

Progressivement, sans douleur, la tumeur a augmenté, puis s'est ulcérée, laissant s'écouler un liquide sanieux. Les bourgeons ont augmenté de volume à mesure que l'ulcération gagnait en profondeur. Actuellement, elle a atteint le canal de l'urètre et il sort de l'urine par cet orifice supplémentaire en même temps que par le méat.

Nombreux ganglions indolores dans les deux aines.

25 octobre 1905. — Opération par le Dr Thévenot : section de la verge à deux centimètres environ du gland, en amont. Suture hémostatique des corps caverneux. Méat artificiel. Sonde à demeure.

La tumeur examinée paraît être née sur la face inférieure du prépuce.

3 novembre. — Sort guéri.

30 juin 1908. — Le malade nous répond deux ans et huit mois après son opération : « Je me porte excessivement bien ; je n'ai jamais rien ressenti de mon premier mal ; je ne souffre pas pour uriner, seulement le jet est très fin. »

OBSERVATION XCV

(Service du Dr Durand, Saint-Pothin.)

Epithélioma de la verge.

Amputation partielle. — Guérison.

C. Pierre, trente-neuf ans, sans domicile fixe, entre dans le service du Dr Durand le 27 mars 1906, venant de la Clinique de l'Antiquaille.

Le malade était entré à la Clinique en juillet 1905 pour une balanite. La circoncision du gland pratiquée laisse

voir sur la face supérieure du gland une ulcération étendue, à bords déchiquetés, à fond suintant.

Le malade n'en peut préciser le début car il a été toujours atteint de phimosis. Il nie la syphilis ; quelques blennorragies antérieures. Infiltration d'urine ancienne à la région périnéale. On institue un traitement spécifique, énergique, qui semble n'avoir pour effet que de faire bourgeonner la lésion.

Actuellement, le gland a complètement disparu ; l'ulcération se présente avec un fond bourgeonnant, sanieux, sans bourrelet périphérique.

Pas de ganglions inguinaux.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

27 mars 1906. — Amputation de la verge à quelques centimètres au-dessus de la lésion.

Juillet 1908. — Il nous a été impossible de retrouver le malade.

OBSERVATION XCVI

(Service du D^r Tixier, Hôtel-Dieu.)

Néoplasme de la verge (forme papillomateuse. — Amputation partielle. — Evidement des aines. — Guérison.

D..., Jean, soixante-sept ans, demeurant à Chabeuil (Drôme), entre le 7 juin 1906, dans le service du D^r Tixier, pour une affection de la verge.

Marié, deux enfants bien portants.

L'affection actuelle remonte à six mois, mais auparavant le malade ne décalottait que difficilement. Depuis cinq ou six ans, léger écoulement chronique. De plus, démangeaisons du gland fréquentes, à la suite desquelles il consulte un médecin ; celui-ci met le gland à découvert par une in-

cision du prépuce. Depuis, une ulcération s'est développée, a augmenté peu à peu envahissant tout le prépuce.

Aujourd'hui le prépuce est complètement envahi, ainsi que le gland qui a pris l'aspect d'une langue de bœuf ; c'est une forme papillomateuse.

Ganglions inguinaux de chaque côté.

8 juin 1906. — Ablation des ganglions inguinaux des deux côtés. — Amputation de la verge à la partie moyenne.

Guérison opératoire.

16 juillet 1908. — Le malade nous répond au dernier moment que, depuis deux ans et un mois qu'il a été opéré, il se porte très bien ; il n'a aucune gêne pour uriner, il est « absolument comme avant l'opération ».

OBSERVATION XCVII

(Service du D^r Tixier. Hôtel-Dieu.)

Cancroïde de la verge. — Amputation partielle.

Evidement des deux aines. — Guérison durable.

R..., André, cinquante-quatre-ans, demeurant à Alba (Ardèche), entre le 15 octobre 1907, dans le service du D^r Tixier, pour une affection de la verge.

Marié ; femme bien portante, deux enfants en bonne santé.

N'a jamais été malade. Probablement pas de syphilis.

L'affection actuelle remonte à environ trois mois. Une petite tuméfaction de la grosseur d'une tête d'épingle est apparue sur la face supérieure du gland ; évoluant sans douleur, elle a augmenté peu à peu d'étendue, a pris un aspect bourgeonnant. Suintement d'un liquide purulent.

A l'examen, on constate, sur la face supérieure du gland, une tuméfaction de l'étendue d'une pièce de 1 franc environ, bourgeonnante, saignant facilement, présentant

dans ses sillons une sérosité purulente. La base de la tumeur indurée est dans le sillon balano-préputial.

Petits ganglions dans les aines.

Pas de troubles urinaires. Etat général bon.

16 octobre 1907. — Amputation au-dessous du gland.

Evidement des aines.

Examen histologique : Ganglions scléreux, non cancéreux.

Guérison après légère suppuration.

2 juillet 1908. — Le malade nous répond, neuf mois après : « Ma santé est des plus parfaites. Depuis mon arrivée, je ne me suis senti de rien et je puis dire que tout va très bien et que je me crois complètement guéri. »

OBSERVATION XCVIII

(Clinique du professeur Jaboulay.)

Epithélioma de la verge. — Amputation partielle.

Ablation des ganglions inguinaux. — Guérison.

M..., Laurent, soixant-quatre ans, manoeuvre, demeurant à Bourg-de-Péage (Drôme), entre à la clinique le 23 mars 1908, pour une ulcération de la verge.

Une blennorrhagie à vingt ans, pas de syphilis.

A toujours eu un phimosis très serré ; le gland restait recouvert par le prépuce, même pendant le coït. Néanmoins, la miction n'était pas gênée.

Marié, n'a pas eu d'enfant ; sa femme a fait une fausse couche.

Début, il y a huit mois, par une petite ulcération à l'extrémité du prépuce, semblant se continuer sur la face interne de celui-ci ; augmentation progressive sans grande douleur.

Actuellement : plaque indurée et ulcérée au niveau de l'extrémité de la verge.

Pus sanieux très fétide. On ne trouve pas le méat.

Plaque rouge au niveau du scrotum.

Ganglions inguinaux bilatéraux.

Peu d'amaigrissement.

25 mars 1908. — Amputation partielle de la verge.

4 avril 1908. — Ablation des ganglions inguinaux bilatéraux.

18 avril 1908. — Sort guéri.

Juillet 1908. — Le malade ne nous a pas répondu.

OBSERVATION XCIX

(Service du D^r Tixier, Hôtel-Dieu.)

Cancer de la verge. — Amputation totale. — Curage des deux triangles de Scarpa. — Guérison durable.

L. Pierre Jean, quarante et un ans, demeurant à Villeurbanne, entre le 11 mars 1908 dans le service du D^r Tixier.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Le malade a eu une blennorrhagie, à dix-sept ans, avec un bubon dont on voit encore la cicatrice. Pas de chancre.

Phimosis congénital.

Depuis quatre mois, le malade a remarqué qu'à chaque érection il saignait au niveau du gland ; la lésion n'a pu être vue par suite du phimosis. A gauche, vers la base du gland, le malade sentit un petit point dur qui ensuite a grossi peu à peu. Depuis un mois, gêne pour uriner surtout à la fin de la miction, mais pas de douleur.

A l'examen : le gland est entièrement recouvert par le prépuce. La verge est déformée en battant de cloche. La tumeur remonte jusqu'à un centimètre de l'insertion de la verge. C'est une tumeur dure avec des masses arrondies, de consistance un peu moins ferme, dont l'une, située à la face inférieure de la verge, a la grosseur d'une noisette. Il n'y a pas d'adhérence à la peau qui est saine. Par la pression, on voit sourdre entre le gland et le prépuce une séro-

sité sale mais non teintée de sang. On fait le diagnostic d'épithélioma du sillon balano-préputial. Mais, à cause de la consistance très dure, de l'écoulement à dix-sept ans, du bubon, on laisse une petite place dans l'étiologie à la spécificité, quoique dans l'interrogatoire on ne puisse relever aucun signe de syphilis. Aussi, avant d'intervenir, on essaye pendant quinze jours du traitement antisiphilitique, sans résultat d'ailleurs.

29 mars 1908. — Evidement des deux triangles de Scarpa jusqu'à la racine de la verge.

Amputation de la verge au ras du pubis. — Sonde à demeure.

Examen histologique : Épithélioma ectodermique métatypique.

Ganglions envahis par l'épithélioma.

3 juillet 1908. — Trois mois après, on nous répond au sujet du malade, que celui-ci a eu, vers le 7 juin, un érysipèle envahissant le pourtour de la verge amputée, les bourses, les cuisses et l'abdomen. A l'heure actuelle son état général paraît bon, il a perdu cependant 12 kilogrammes depuis son opération. Il urine facilement, pas d'incontinence, se sert pour diriger le jet d'un cuiller en bois. Il a des pollutions nocturnes et des désirs vénériens, mais la jouissance est très atténuée. Ce qui le gêne beaucoup ce sont les poils du pubis qu'il est obligé de raser tous les deux jours autour du canal.

OBSERVATION C

(Clinique du professeur Jaboulay.)

Épithélioma de la verge. — Amputation partielle. — Ablation des ganglions inguinaux. — Guérison.

O. Louis, 50 ans, retraité, demeurant à Toulon entre le 18 mai 1908, dans le service du professeur Jaboulay pour une ulcération et une tuméfaction du méat.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Ancienne syphilis ; chancre du gland en 1892. Roséole consécutive. Traitement mercuriel très irrégulier.

Début il y a un an.

Actuellement ulcération et induration occupant tout le gland : Épithélioma du pénis, ganglions inguinaux des deux côtés.

19 mai 1908. — Amputation partielle de la verge, curage des deux triangles de Scarpa.

10 juin 1908. — Méat artificiel fonctionne bien, un peu en retrait, régions inguinales cicatrisées. Bon état général.

OBSERVATION CI

(Service du D^r Durand, à Saint-Pothin.)

*Épithélioma de la verge. — Amputation partielle. —
Évidement des aines. — Guérison.*

D. Michel, 56 ans, entre le 17 juin 1908 dans le service du D^r Durand pour une tumeur de la verge.

Marié, 5 enfants dont 4 bien portants, l'autre mort probablement de bacillose. Pas de maladie vénérienne. Phimosis congénital.

L'affection actuelle remonte à un an ; elle est surtout douloureuse depuis trois mois.

Le malade s'aperçut alors qu'il s'écoulait du pus par l'orifice préputial et que des végétations soulevaient le prépuce.

Actuellement : Phimosis serré ; par l'orifice sort un liquide sanieux, séro-purulent, fétide. Le gland est recouvert par un magma blanchâtre dans lequel sont noyés de petits bourgeons charnus. La lésion ne descend pas au-dessous du gland. Les lymphatiques du dos de la verge semblent indemnes.

Ganglions dans les deux aines, surtout à droite.

39 juin 1908. — Nettoyage soigneux des deux régions inguinales. Amputation partielle de la verge en plain tissu sain, à 2 centimètres environ au-dessous du gland. Pas de sonde à demeure.

11 juillet 1908. — le malade va bien. La plaie est à peu près complètement cicatrisée. Il urine facilement.

2° Emasculations totales : 3.

OBSERVATION CII

(Publiée dans le *Lyon médical*, 1^{er} février 1903.)

Malade présenté par M. Pellanda, interne à la Société des Sciences médicales de Lyon, au nom de M. Vallas.)

Epithélioma de la verge. — Emasculation totale.

« Il s'agit d'un cultivateur de cinquante-sept ans.

« Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève que le fait particulier suivant. Sa mère aurait été opérée à l'Hôtel-Dieu, à l'âge de soixante-cinq ans, pour un néoplasme du sein et aurait succombé douze ans plus tard, sans récédive, à une affection pulmonaire.

« Personnellement notre malade s'est toujours bien porté. Pas de syphilis, pas d'affection vénérienne.

« Au commencement de cette année, il vitse développer à la face dorsale de son gland une ulcération qui grandit, devint végétante, s'accompagna tardivement d'adénopathie inguinale bilatérale.

« Le diagnostic d'épithélioma de la verge fut posé en juin 1902, c'est-à-dire quatre mois après le début de l'affection ; le malade fut opéré par un chirurgien lyonnais qui pratiqua l'amputation de la verge et l'évidement des deux triangles de Scarpa. Les suites opératoires furent excellentes.

« Trois mois plus tard, en octobre, l'affection récidivait et le malade se faisait recevoir à l'Hôtel-Dieu.

« A l'entrée du malade dans le service, la région sous-pubienne était occupée par des masses végétantes au milieu desquelles l'urètre s'ouvrait à fleur de peau. Le triangle de Scarpa gauche était soulevé par une masse ganglionnaire adhérente à la peau amincie, prête à s'ulcérer. Entre la région sous-pubienne et le triangle, les téguments étaient immobilisés. Les corps caverneux paraissaient envahis. A droite, la peau semblait indemne, mais la palpation révélait une adénopathie caractéristique.

« En raison de l'étendue des lésions, de l'extension du néoplasme à la peau et aux triangles, M. Vallas pratiqua, le 11 novembre dernier, l'émasculatation totale.

« Dans un premier temps, on procéda à l'évidement minutieux des deux triangles de Scarpa. Du côté gauche la dissection fut particulièrement laborieuse. Il fallut lier la saphène. La gaine des vaisseaux étant envahie, on dut procéder d'abord à la ligature latérale, puis à la ligature totale de la veine fémorale.

« Sur la ligne médiane, les parties molles furent réséquées jusqu'au plan osseux. Corps caverneux et corps spongieux furent isolés et sectionnés sous l'arcade pubienne.

« Dans un troisième temps, ligature des cordons et castration double.

« Sur la vaste plaie opératoire, qui comprenait, avec les régions pubienne et sous-pubienne, la partie inférieure des triangles de Scarpa droit et gauche, le scrotum fut étalé et suturé aux lèvres cutanées. Malgré l'élasticité des téguments du scrotum, l'affrontement fut difficile et les sutures placées à grand peine. Un orifice avait été pratiqué à la partie moyenne du lambeau scrotal, en regard de l'orifice urétral, et la muqueuse de l'urètre suturée aux bords de cet orifice. Tamponnement à la gaze ; installation d'une sonde à demeure ; pansement compressif.

« Les suites opératoires furent bonnes. En raison du peu d'épaisseur du lambeau et de la coaptation complète des lèvres, il y eut dans les parties les plus externes, au niveau

des triangles, un peu de sphacèle ; mais sous des pansements excellents au vin aromatique, au baume du Commandeur, la cicatrisation par granulation s'est poursuivie et vous pouvez la voir aujourd'hui presque complètement achevée.

« L'intérêt de cette observation réside surtout dans ses résultats esthétiques.

« Actuellement, chez notre malade, l'aspect de la région pubienne rappelle assez bien la région vulvaire de la femme, avec une dépression médiane répondant à l'orifice urétral et résultant de l'adhérence de la peau à l'orifice de l'urètre sectionné au niveau du plan fibreux, et deux saillies longitudinales latérales, deux grandes lèvres formées par le scrotum suffisamment étoffé. Quand la repousse des poils sera plus complète, l'analogie avec la région féminine correspondante sera plus marquée et l'opération méritera alors à tous les titres le nom d'émasculat.

« La miction se fait sans gêne. Quant à la ligature de la fémorale, elle n'a pas entraîné de troubles fonctionnels pendant le séjour au lit ; mais, depuis que le malade marche, s'est installé un œdème assez accentué de tout le membre inférieur gauche. »

Juillet 1908. — Nous avons écrit au malade. Aucune réponse ne nous est parvenue.

OBSERVATION CIII

(Clinique du professeur Jaboulay.)

(Due à l'obligeance de M. A. Chalier, interne.)

*Epithélioma de la verge. Emasculation totale.
Guérison durable.*

O. Joseph, quarante ans, ajusteur, demeurant aux Charpennes, entre le 17 janvier 1906 dans la Clinique du professeur Jaboulay pour une énorme tumeur ulcérée occupant la verge et les bourses.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

N'a jamais été malade. A dix ans, s'est aperçu qu'il ne pouvait décalotter. Opéré pour phimosis à cette époque, il ne conserva pas les pinces mises en place et le phimosis se referma.

Marié à trente-six ans : femme bien portante, a eu quatre enfants bien portants.

Il y a trois ans, le malade s'aperçut que, sur la face dorsale du prépuce, se trouvait une petite éraillure, non douloureuse, un peu profonde, qui suintait. Application répétée de topiques. Ce n'est que le 15 janvier 1905, voyant l'éraillure s'étendre, bourgeonner et prendre le volume d'une grosse noix, qu'il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu. Il reste en traitement pendant trois mois, jusqu'en avril ; on lui fait des applications régulières de rayons X. Sous leur influence, la tumeur rétrocede et finit par se dessécher. Quelques ganglions inguinaux à cette époque.

Il quitte l'Hôtel-Dieu et reprend son travail. Il se donne alors un coup avec un instrument qu'il manipulait, l'ulcération se reproduisit et depuis l'évolution s'en est poursuivie lentement.

A l'entrée, tumeur énorme en chou-fleur, ulcérée et sanieuse, occupant la région de la verge qui n'existe plus, empiétant sur les plis inguinaux et sur tout le scrotum.

Ganglions inguinaux et iliaques.

Homme bien portant, un peu pâle cependant.

19 janvier 1906. — Opération (M. Jaboulay) : Ablation en masse de la tumeur ; hémostase assez longue et difficile. Section des cordons sans les réunir. Emasculation totale. Sonde à demeure.

21 janvier. — Bon état ; un peu de suppuration. Urine bien.

27 janvier. — Les fils ont lâché à la partie supérieure de la plaie ; légère suppuration. Pas d'augmentation des ganglions inguinaux. Sonde obstruée et remplacée.

7 février. — Bon état général. Toujours un peu de sup-puration mais moins.

3 mars. — Bon état. Cure de radiothérapie. Cicatrisa-tion lente.

27 avril 1908. — Pas de récidence vingt-sept mois après l'opération. Cicatrice excellente. Mictions normales.

Le malade dit avoir repris rapidement ses forces après l'opération du 19 janvier 1906. Il fait le travail très pénible de mécanicien.

Le poids du malade qui était, avant l'opération, de 68 à 70 kilogrammes est actuellement de 73 kilogrammes.

Au point de vue génital, quelques désirs les premiers mois. Pollutions nocturnes deux ou trois fois par mois pen-dant trois mois. Depuis, pas le moindre désir vénérien.

Est devenu un peu obèse, un peu bouffi.

Pas de dyspnée. Mange bien. Digère bien.

OBSERVATION CIV

(Service du D^r Durand, Saint-Pothin.)

(Due à l'obligeance de M. Magdinier, interne.)

*Néoplasme de la verge. — Emasculation totale.
Guérison.*

F... Jean-Baptiste, cinquante-deux ans, demeurant à Besançon (Doubs), entre le 11 mai 1908 dans le service du D^r Durand pour une tumeur de la verge.

Mère morte à soixante-cinq ans d'un cancer du sein.

Il y a vingt ans, affection oculaire à la suite de laquelle il perdit la vue à gauche.

Aucune affection vénérienne.

Début de l'affection actuelle il y a sept ans. Un petit bouton apparut sur la face latérale de la verge à l'union du gland et du corps du pénis. Ce petit bouton s'étendit peu à peu, le mal infiltrant la verge et s'étendant en largeur. En décembre dernier ulcération de la tumeur ; depuis ce

moment douleurs assez violentes, revenant par accès et siégeant dans la verge et dans les aines. Trois hémorragies au niveau de l'ulcère ; une surtout fut très abondante et le malade présenta les signes de l'anémie aiguë.

Pas d'obstacle au cours de l'urine. Comme troubles urinaires, il présente de la pollakiurie depuis quelques temps.

A l'examen : ulcération ayant détruit toute l'enveloppe de la verge jusqu'aux corps caverneux qui sont envahis, infiltrés, rigides. Le gland est presque indemne. Ce qui reste de la peau de la verge est actuellement en train de s'éliminer vers la base. A la face inférieure de la verge, on remarque une production bourgeonnante, volumineuse, dure, appendue au gland par le frein.

Le fond de l'ulcération est rouge, suintant, inégal et bourgeonnant. Les bords de cette vaste ulcération, qui a dénudé la verge toute entière, sauf une minime partie de la face inférieure, sont irréguliers, indurés, sans tendance à la cicatrisation. La peau des bourses est épaisse, le testicule gauche est ectopié à l'entrée extérieure du canal inguinal. La palpation en est douloureuse.

Gros ganglions inguinaux.

Amaigrissement de 30 kilogrammes en six mois.

22 mai 1908. — Emasculation totale. Evidement double des aines.

On s'aperçoit, au cours de l'intervention, de l'absence du testicule droit. Le malade avait été castré autrefois, lors d'une cure radicale de hernie.

On laisse le scrotum en grande partie, on le rabat pour recouvrir la plaie. L'orifice urétral est abouché, immédiatement en arrière des bourses, au périnée.

21 juin 1908. — On enlève les fils. Plaie en excellent état.

11 juillet 1908. — La plaie est complètement cicatrisée ; le malade se lève. Il présente un peu d'œdème des membres inférieurs.

CONCLUSIONS

D'une façon générale, le cancer de la verge est justiciable d'un traitement chirurgical. Seules, les formes trop avancées, observées chez des sujets trop âgés et cachectiques, relèvent de la radiothérapie et d'un traitement médical.

Le traitement chirurgical comprend trois grandes variétés d'opérations :

- 1° L'amputation partielle de la verge.
- 2° L'amputation ou l'extirpation totale de la verge.
- 3° Enfin l'émasculatation totale.

On donnera la préférence à l'une ou à l'autre de ces méthodes suivant le siège et l'étendue du cancer. — Il résulte cependant de nos observations que la survie ou l'absence de récidives sont d'autant plus longues que l'opération est plus complète et plus radicale. — C'est donc à l'émasculatation totale qu'il faut, au moins en principe, donner la priorité. — Cette opération ne s'accompagne en effet de récidive que dans 10 pour 100 des cas, tandis que l'amputation totale en donne 28 pour 100 et l'amputation partielle 35 pour 100.

Quant à l'ablation systématique des ganglions inguinaux et au curage de l'aîne, qui sont loin d'avoir été pratiqués par tous les opérateurs, nous les considérons, d'après les résultats qu'ils donnent, comme un temps indispensable de l'opération.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 juillet 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN, Cancer du pénis et chaîne lymphatico-ganglionnaire secondaire (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 19 juin 1902).
- ANNANDALE, Successful removal of the testicles, scrotum, penis and suprapubic skin for epithelial cancer (*The Lancet*, London, 1874).
- AUVRAY et PASCAL, Epithéliome du fourreau de la verge ; extirpation du fourreau, conservation du gland et des corps caverneux (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, juin 1899).
- BICHAT, Emasculation totale pour cancer de la verge (*Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1904, p. 482 à 484).
- BOUISSON, *Gazette médicale*, 1860.
- BUTRUILLE (P.), Epithélioma de la verge (*Echo médical du Nord*, Lille, 1905, p. 139).
- CABADÉ, *Gazette des hôpitaux*, 1878.
- CARBONNELL (M.), *De l'émascation totale et de ses indications dans le traitement du cancer de la verge* (thèse de Montpellier, 1896).
- CARLIER, Volumineuse masse ganglionnaire ulcérée de l'aîne due à un épithélioma du pénis (*Echo médical du Nord*, Lille, 1905, p. 318).
- CHALIER (A.), Emasculation totale pour cancer de la verge. Résultat éloigné (*Lyon médical*, 1908).
- CHALOT, Congrès de chirurgie de Lyon, 1894.
— Amputation de la verge et émascation totale (*Traité élémentaire de chir. et de méd. op.*, Paris, 1906).
- DAMOND, *De l'épithélioma du pénis et de son ablation (nouvelle méthode d'amputation)* (thèse de Bordeaux, 1898).
- DEMARQUAY, *Maladies chirurgicale du pénis*, Paris, 1877.
- DUCOS (J.-J.), *Contribution à l'étude de l'épithélioma sébacé du pénis* (thèse de Lyon, novembre 1904).
- DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*, VII, 1899.

- ENGLISH (J.), Das Peniscarcinom (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1902, p. 163 ; *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1902, n^{os} 50 à 52).
- FÉLIX, *Recherches sur l'excision des organes génitaux externes chez l'homme* (thèse de Lyon, 1883).
- GARNIER, *Du cancer de la verge et de son traitement par le bistouri* (thèse de Paris, 1894).
- GIRARD, Epithélioma de la verge. Amputation (*Dauphiné médical*, décembre 1897, p. 265).
- GOLDLEWSKI (E.), Epithélioma de la verge (*Montpellier médical*, 1905, p. 19 à 22).
- HAMONIC (P.), le Cancer du pénis (*Rev. clin. d'androl. et de gynécol.*, Paris, 1903, p. 353 à 361).
- HERMANS et LECLERC-DANDROY, *Compte rendu de la Société belge d'urologie*, février 1904 (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1905, p. 542).
- HUTCHINSON (J.), A clinical lecture on epithelioma of the penis and its treatment (*The Lancet*, London, 1899, p. 1071).
- The best form of operation for epithelioma of the penis (*Clin. J. London*, 1902, p. 155).
- JONNESCO (T.), Emasculation avec évidemment du pelvis et des régions inguinales pour cancer du pénis (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, 14 janvier 1901, p. 200).
- KALLIONTZIS, Sur un nouveau procédé opératoire de l'amputation partielle du pénis à lambeaux latéraux égaux caverne-cutanés (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906, p. 533 à 536).
- KUTINER, Peniscarcinom (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1900, Bd. XXVI, Heft I).
- LEDENTU et DELBET, *Traité de chirurgie*, t. IX, 1900, p. 777 à 784 (F. Legueu).
- LEGUEU, Emasculation totale (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897).
- LISFRANC, *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, 1841.
- LOUMEAU, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903.
- LECÈNE (P.), *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.
- MERCANTON, *Réunion annuelle de la Société médicale de la Suisse romande*, octobre 1892.
- MÉTREAU (W. C.), *Du pronostic du cancer de la verge* (thèse de Bordeaux, 1899).

MORESTIN (H.), *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris* :

Cancer du pénis (12 juillet 1901).

Deux cas de cancer du pénis, 1903, p. 387 à 390.

Cancers de la verge (1903, p. 517 à 519).

Cinq cas de cancer de la verge (1905, p. 842 à 854).

MORISANI, Sull'enucleazione della sfera esterna degli organi genitali maschili (*Giorn. int. del scienze medich.*, Napoli, 1892).

MOUSSARON, *De l'émasculatation totale. Indications. Technique. Résultats* (thèse de Toulouse, 1895).

ORAISON, Cancer de la verge datant de quinze ans ; extirpation totale ; guérison opératoire ; mort accidentelle un mois et demi après (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1903, p. 53 à 57).

PACI (A.), Asportazione totale della verga et de testicoli con un nuovo processo operativo (*Giorn. int. del scienze medich.*, Napoli, 1880).

PANTALONI, Trois cas d'émasculatation totale pour cancer de la verge (*Arch. prov. de chirurgie*, 1898).

PEAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. VIII, 1887.

PELLANDA, Epithélioma de la verge. Emasculation totale (*Lyon médical*, 1903, p. 171).

PÉTOURAUD, Epithélioma du pénis. Emasculation (*Lyon médical*, 1895).

PICQUÉ (R.), Epithélioma du pénis (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1902, p. 159 à 162).

-- Epithélioma du gland (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1902, p. 717 à 719).

PONCET, Enorme epithélioma sébacé du pénis (*Lyon médical*, 1904, p. 76).

RAVAUT, *Bull. Soc. anat.*, décembre 1897.

RICHE (V.), Cancer du pénis. Emasculation totale (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1906).

RIVET (A.), Epithélioma du pénis et des bourses. Emasculation totale (*Gaz. méd. de Nantes*, 1905, p. 293 à 296).

ROBERT, Sur un cas d'épithélioma de la verge (*J. de méd. de Bordeaux*, 1905, p. 133).

SALING (M.), *Zwei Fälle von Emasculation wegen Carcinoma Penis* (thèse de Greifswald, 1898).

SCHNEIDER, *Drei Fälle von Carcinom Penis* (thèse de Greifswald, 1890).

- SCHNEIDER (J.-P.), *Ein Beitrag zur Kasuistik des Carcinoma Penis* (thèse de Giessen, 1904).
- SERRA, *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la verge et de son traitement, spécialement par l'émasculation totale* (thèse de Nancy, juillet 1903).
- TAGTMEYER (H.-T.), *Ein Beitrag zur Lehre vom Peniscarcinom* (thèse de Göttingen, 1904).
- VARIOT, Amputation complète de la verge avec conservation de la puissance génitale et de la fécondation (*Bull. Soc. Anthropol.*, 1892, 2^e fasc., p. 120).
- VEYRAT (H.), Epithélioma de la verge (*J. des sc. méd. de Lille*, 23 juin 1906, p. 596 à 598).
- VILLA, *Considérations générales sur l'épithélioma de la verge et son traitement chirurgical* (thèse de Montpellier, 1901).
- VILLIÈS, *Essai sur le cancroïde de la verge* (thèse de Paris, 1873).
- VIRELY (A.), *Contribution à l'étude du cancer de la verge* (thèse de Paris, 1896).
- WISHARE, Three cases of amputation for epithelioma of the penis (*Journal of cut. and génit.-urin. dis.*, 1895, n° 12).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	1
CHAPITRE PREMIER.— Historique du traitement chirurgical.	3
CHAPITRE II. — Les procédés opératoires	9
1 ^o Ablation partielle	10
2 ^o Amputation totale	11
3 ^o Emasculation totale	13
CHAPITRE III. — Les résultats du traitement chirurgical.	18
1 ^o Résultats immédiats	18
2 ^o Résultats éloignés	22
CHAPITRE IV. — Valeur comparée de chaque méthode.	
Leurs indications respectives	34
CHAPITRE V. — Observations.	38
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE.	91

